

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MORTALIDADE MATERNA NO ESTADO DA PARAÍBA, 2000 A 2004

Ana Cristina da Nóbrega Marinho Torres Leite

NATAL-RN

2009

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MORTALIDADE MATERNA NO ESTADO DA PARAÍBA, 2000 A 2004

Ana Cristina da Nóbrega Marinho Torres Leite

Tese a ser apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Norte, para obtenção do título de doutor em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Neir Antunes Paes

Natal-RN

2009

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof. Dr^a. Técia Maria de Oliveira Maranhão
Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Ciências Da Saúde

MORTALIDADE MATERNA NO ESTADO DA PARAÍBA, 2000 A 2004

PRESIDENTE DA BANCA: Prof. Dr. Neir Antunes Paes-UFPB

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Neir Antunes Paes- (UFPB)

Prof^a.Dr^a. Maria Célia Formiga- (UFRN)

Prof^a.Dr. Flávio Henrique Miranda de Araújo Freire- (UFRN)

Profa.Dr^a.Sandra Valongueiro Alves- (UFPE)

Prof^a.Dr^a. Maria Aparecida Alves Cardoso-(UEPB)

Dedico este estudo aos meus pais: Rui e Auxiliadora, fiéis incentivadores, que aceitaram a difícil missão de me conduzir, e ensinar a ter dignidade, perseverança e honradez.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Neir Antunes Paes, pela dedicação para realização desta pesquisa, pela competência e sabedoria transmitida ao longo deste trabalho. Minha enorme admiração e respeito.

À Professora Dra. Sandra Valongueiro por toda ajuda na construção deste trabalho.

À Professora Dra. Áurea Nogueira, pelo apoio, particularmente no período de finalização desta tese.

Aos membros da Banca de Defesa, por sua disponibilidade e imprescindível colaboração.

Às secretárias do programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, pelas ajudas nas atividades do curso.

Aos meus amigos, Carlos Sérgio, Joseilme, Juliana e Fábio que colaboraram muito para realização desta pesquisa.

Aos funcionários do Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretária Estadual de Saúde, em especial a Dionéia Garcia de Medeiros, Josefa Ângela, Denise e Damião. Sem vocês estas páginas ainda estariam em branco.

Ao meu marido, Francisco de Assis, por toda a dedicação nos momentos de tristezas e alegrias, nunca deixando de me apoiar e acreditar na minha capacidade.

Agradeço à minha maravilhosa família que me apoiou durante esta caminhada, em especial aos meus irmãos, Alexandre, Henrique e Giovanni.

Aos meus tios e tias, cunhadas e cunhado, pessoas especiais que enchem de alegria minha vida.

Aos meus avós, Manoel, Pedro, Geni e Alice (in memoriam). Por vocês tenho um sentimento intenso e eterno. Apesar da ausência, vocês estão sempre presentes em minha vida.

A Neuma Porto, pela revisão do texto em língua portuguesa.

Nada que se realiza no mundo se constrói sozinho, meus sinceros agradecimentos a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a finalização desta pesquisa.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
3 ANEXAÇÃO DOS ARTIGOS.....	16
3.1 Artigo 1.....	17
3.2 Artigo 2.....	38
3.3 Artigo 3.....	58
4 COMENTÁRIOS, CRÍTICAS E CONCLUSÕES.....	78
5 REFERÊNCIAS.....	81
Apêndices.....	85
Apêndice 1.....	86
Abstract.....	87

RESUMO

Esta tese articulou as áreas do conhecimento da Epidemiologia, Saúde Pública, Demografia e Estatística. Para esta investigação, traçaram-se duas estratégias: por um lado, buscou-se relatar a trajetória dos direitos femininos em saúde no Brasil a partir do período pós-guerra até os dias atuais; por outro lado, objetivou-se analisar diferenciais da morte materna e suas associações com variáveis sociodemográficas das mulheres residentes no estado da Paraíba no período de 2000 a 2004. As explorações decorrentes destes objetivos resultaram na produção de três abordagens. Na primeira, procedeu-se a um olhar retrospectivo sobre as políticas de saúde da mulher no país e seus desdobramentos regionais, enfocando a saúde materna. A análise permitiu reconhecer que, apesar de todas as conquistas adquiridas pelas mulheres desde os anos 80, a população feminina brasileira, em particular a paraibana, ainda carece de melhorias nas condições de saúde, sendo esta situação retratada pelo elevado número de mortes maternas ocorridas nos últimos anos. Também se buscou retratar os esforços dos sistemas oficiais na luta pela melhoria da qualidade dos dados reconhecida, na agenda nacional, como sendo ainda uma grande preocupação atual. Na segunda, o objetivo foi identificar o poder associativo entre a raça das mulheres residentes no estado da Paraíba e algumas variáveis sociodemográficas. Os resultados mostraram que houve indícios significativos de que as mulheres não brancas da Paraíba tiveram maiores chances de morrer que as brancas com baixa escolaridade e por morte obstétrica direta. Na terceira, centrou-se no tipo de óbito materno, cujo objetivo consistiu em analisar associações entre o tipo de óbito materno das mulheres paraibanas e as variáveis: grupo etário, escolaridade e raça, no período de 2000 a 2004. Os testes estatísticos realizados apontaram que a mulher paraibana teve cinco vezes mais chances de morrer por morte obstétrica direta ou indireta na faixa etária abaixo dos 20 anos e acima dos 34 em relação a faixa etária entre 20-34 anos.

Palavras-Chave: mortalidade; mortalidade materna; saúde da mulher

1 INTRODUÇÃO

Concebido ao longo do tempo, o direito à saúde é incontestavelmente reconhecido e encontra referência na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, em seu artigo XXV¹, a qual além de detalhar uma relação com outras conquistas faz uma inter-relação com a saúde reprodutiva e sexual das mulheres².

Entretanto, a saúde da mulher, principalmente a materna, continua representando uma grave violação dos direitos humanos, culminando em alguns casos com a morte materna.

Vários fatores contribuem para os altos níveis da mortalidade materna no mundo e eles não se restringem apenas aos aspectos diretamente ligados à assistência à saúde. Fatores sociais graves, como a má distribuição de renda, baixa escolaridade, questões relacionadas à raça/etnia, desemprego e as condições de moradia bem como fatores demográficos como a idade, dentre outros, contribuem para o problema. Talvez seja por essa razão que o nível da mortalidade materna é reconhecido como um bom indicador da realidade social e econômica de um país e da qualidade de vida da sua população³.

No Brasil, os estudos sobre a situação da mortalidade materna têm se voltado com maior frequência para as regiões Sul e Sudeste^{4,5}. Para o Nordeste, eles ainda são escassos e limitados. Um dos principais argumentos usados para a escassez de estudos se sustenta na precariedade dos dados e nas dificuldades para a sua obtenção. Ao verificar que estes argumentos se estendem ao estado da Paraíba, poder-se-ia assumir que a qualidade dos dados impõe restrições para produzir confiáveis estimativas dos níveis de mortalidade materna e dificulta os estudos da mortalidade diferencial e suas relações.

Admite-se a existência de sub-enumeração dos registros de mortes maternas na Paraíba. No entanto, acredita-se que os registros disponíveis potencializam informações

suficientes para expressar a força e a dinâmica das relações existentes entre a morte materna e características sociodemográficas pertinentes a essas mortes.

Em virtude do reduzido conhecimento, na crença do potencial dos dados e na necessidade de explorar esta temática para a Paraíba, propôs-se estudar as características sociodemográficas da mortalidade materna neste estado e entender como elas se relacionam entre si. Para esta investigação, traçaram-se duas estratégias: na primeira, buscou-se percorrer a trajetória de como se processaram no Brasil as preocupações com essas questões de modo a entender como as políticas e programas nacionais sobre a saúde materna influenciaram, interferiram e se pautaram ao nível regional; na segunda, objetivou-se analisar os diferenciais da morte materna e suas associações com variáveis sociodemográficas das mulheres do estado da Paraíba no período de 2000 a 2004.

2 REVISÃO DA LITERATURA

No Brasil, até o início da década de 1980, a política do governo para assistência a saúde das mulheres restringia-se à atenção ao pré-natal, parto e puerpério, preconizados pelos programas de saúde materno infantil (PSMI). Entretanto, essa política não contemplava a saúde da mulher de forma integral, apenas estava voltada para o ciclo gravídico puerperal, com ênfase na saúde da criança⁶.

Em meados da década de 1980, período marcado pelo sentimento de democratização do país, começam a surgir movimentos sociais, como o movimento feminista, os quais passaram a colocar a questão da sexualidade feminina em outros termos, deslocando o eixo da discussão para situar a anticoncepção no contexto da saúde reprodutiva, como um direito das mulheres⁷. Estas discussões tiveram como resultado a criação em 1983 do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher- PAISM. Este programa serviu de base para as discussões em torno dos direitos reprodutivos das mulheres, como também em prol da redução da mortalidade materna^{8,9}.

Dentre estes movimentos, destaca-se a Conferência Internacional sobre a Maternidade sem Risco, em Nairobi, em 1987. Neste Encontro se deu o marco para o reconhecimento da mortalidade materna como grave problema de saúde da mulher e saúde pública. Nesta conferência foram estabelecidas metas e ações, tanto no plano técnico como político, capazes de reduzir os índices de mortalidade materna nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. Essa campanha iniciada pelas mulheres foi sendo gradativamente assumida por governos de diversos países e por organizações internacionais, regionais e nacionais de saúde^{10,11}.

Desde então, vários programas foram propostos, entre os quais se destaca o "Plano de Ação Regional Para a Redução da Mortalidade Materna", da Organização Pan-Americana de

Saúde (OPAS), de 1990, o qual, em encontro patrocinado pela própria OPAS, ficou acordado entre os países participantes, inclusive o Brasil, o compromisso da formulação de planos nacionais visando a redução em 50% dos níveis de mortalidade materna até o ano 2000. Uma das estratégias apontadas para o alcance destas metas foi a instauração e manutenção dos Comitês de Mortalidade Materna em nível nacional, regional, e local dos serviços de saúde¹².

A Comissão Nacional de Estudos de Mortalidade Materna (BRASIL/MS/DO)- foi instituído por meio da Portaria (nº 773, de 07 de abril de 1994), com a função de buscar, identificar e investigar os óbitos maternos, mesmo os não notificados adequadamente. Os primeiros estados brasileiros que implantaram o Comitê de Morte Materna foram São Paulo (1992) e Paraná (1988)¹³. O Comitê de Pernambuco funciona desde 1991, mas foi criado por portaria em 1995¹⁴.

O Comitê Estadual de Mortalidade Materna da Paraíba foi criado a partir da resolução nº 04/SES, de 15 de junho de 1993, com a finalidade de cumprir a solicitação do Ministério da Saúde (MS). O regimento interno do Comitê Estadual foi aprovado no dia 12 de junho de 1996^{15,16}.

A partir de 1993, teve início o processo de implantação do sistema de vigilância do óbito materno, com o apoio financeiro do projeto Nordeste/OPAS, do Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP) e da UNICEF com atividades de “sensibilização-informação de representantes de entidades interessadas em enfrentar este problema¹⁷”.

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) confeccionou um material sobre maternidade Segura-Assistência ao parto normal: um guia prático, como instrumento importante na normatização da assistência à gestante¹⁸.

Com o propósito de qualificar a assistência obstétrica, uma das medidas do MS¹⁸ foi a normatização do óbito materno como evento de notificação compulsória, através da Resolução nº 256, de 19 de agosto de 1998, uma vez que, a mesma, quando não declarada, retarda ou omite o seu registro e, em consequência, as ações necessárias para evitar a concorrência¹⁹.

Em 1999, o MS, instituiu o Prêmio Nacional professor Galba de Araújo com o objetivo de estimular e destacar os estabelecimentos de saúde que adotam um atendimento humanizado às mulheres brasileiras e aos seus filhos, durante a gestação, parto e pós parto²⁰.

Ao longo dos anos, outras ações foram postas em prática para garantir a qualidade de vida das pessoas, principalmente no que concerne a redução da mortalidade materna. No ano 2000, o MS lançou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com objetivo de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, como também criou em 2004, o Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, entendido como um movimento político onde o Brasil como os demais 190 países se comprometeram em melhorar a saúde materna, sendo este um dos principais objetivos de desenvolvimento do milênio propostos pela Organização das Nações Unidas (ONU). Esse também é o compromisso com a 5ª Meta do Milênio: "Reduzir em, no mínimo, um terço a taxa de mortalidade materna, até 2010, como um primeiro passo até a meta de reduzir essa taxa em três quartos, até 2015²¹.

Em maio de 2005 o MS lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher para o período de 2004 a 2007²². Este ato marcou o encerramento do seminário internacional "Políticas Públicas para as Mulheres na Área da Saúde: experiências da América Latina e Caribe", realizado em Brasília. Os princípios e diretrizes da política foram definidos pelo MS em parceria com representantes de vários segmentos da sociedade.

Nos últimos anos, a mortalidade materna tem se constituído em um dos problemas prioritários de saúde pública, afetando diretamente as mulheres pertencentes a grupos menos favorecidos, como as negras, pobres e de baixa escolaridade, principalmente durante o ciclo gravídico puerperal, sendo importante mencionar que maioria destas mortes são por causas obstétricas diretas, as quais representam 90% dos casos de mortes evitáveis.

Neste contexto, cabe mencionar que grande parte destas mortes são subnotificadas. Este fato provavelmente deve estar relacionado ao maior número de omissões durante o preenchimento das variáveis contidas nas Declarações de Óbito (DO's). Estes registros vitais são mais complicados para os Estados do que para capitais, porquanto para dimensionar a magnitude da mortalidade materna, alguns estudiosos^{23,24} vêm aplicando fatores de correção para diminuir o impacto da má declaração desses óbitos. Atualmente, o MS adota como fator de correção 1,4 para o Brasil²⁵.

Estudos mais recentes se baseiam na exploração de variáveis sociais como idade, raça, renda, escolaridade e outras obstétricas como causa de óbito, sendo as mesmas de fundamental importância para o enfrentamento dos problemas que tendem a pôr em risco a saúde da mulher^{4,26,27}.

3 ANEXAÇÃO DE ARTIGOS

Artigo 1) Artigo aceito para publicação no periódico Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos (artigo de revisão)

Leite ACNMT, PAES NA. Direitos femininos no Brasil: um enfoque à saúde materna.

Artigo 2) Artigo enviado para publicação no periódico Revista da Escola de Enfermagem da USP.

Leite ACNMT, PAES NA. Mortalidade materna no Estado da Paraíba: associação entre raça e variáveis sociodemográficas.

Artigo 3) Artigo enviado para publicação no periódico Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil

Leite ACNMT, PAES NA. Mortalidade materna no estado da Paraíba, 2000-2004.

3.1 ARTIGO 1

Direitos femininos no Brasil:um enfoque à saúde materna

DIREITOS FEMININOS NO BRASIL: UM ENFOQUE À SAÚDE MATERNA

Ana Cristina da Nóbrega Marinho Torres Leite^I ; Neir Antunes Paes^{II}

^I Departamento de Fisioterapia, União de Ensino Superior de Campina Grande- UNESC-PB.
Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde pela UFRN.

^{II} Departamento de Estatística, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB.

Doutorado em Demografia Pós-Doutorado. Johns Hopkins University, JHU, Estados Unidos.

Correspondência

Neir Antunes Paes

Departamento de Estatística, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB.

Centro de Ciências Exatas e da Natureza, Cidade Universitária, s/n

CEP 58.051-900, João Pessoa – PB.

e-mail: antunes@de.ufpb.br

Resumo

Este artigo tem como objetivo mostrar a trajetória dos direitos femininos em saúde no Brasil a partir do período pós-guerra até os dias atuais enfocando a saúde materna. Na metodologia, foi utilizado o levantamento histórico das iniciativas mais amplas do poder público no âmbito da saúde da mulher e a implantação de ações voltadas para assistência à gravidez, parto e puerpério, de estímulo à amamentação e medidas dirigidas às mulheres durante o período reprodutivo.

Na atualidade, as pessoas estão cada vez mais conscientes dos seus direitos enquanto cidadãos. Com esta afirmativa é importante destacar que falar em direito é remeter a idéia de conquista, visto que a luta por um padrão de vida melhor só veio se concretizar internacionalmente a partir do reconhecimento da Declaração Universal dos Direitos Humanos no ano de 1948¹, a qual mediante à adoção de inúmeros tratados internacionais voltados à proteção de direitos fundamentais, influenciou a legislação de vários países, inclusive a do Brasil, a eliminar todas as formas de discriminação que pudessem comprometer os direitos humanos.

A Declaração de 1948 introduziu uma concepção contemporânea de direitos humanos, marcada pela universalidade e indivisibilidade, que influenciaram os demais tratados e convenções internacionais de direitos humanos, composto por um sistema geral de proteção internacional, nascido das aspirações do pós-guerra como resposta ao regime de terror imposto pelo nazismo durante a Segunda Guerra Mundial².

No seminário “Direitos Humanos: rumo a uma jurisprudência da igualdade”, ficou claro que determinados sujeitos de direitos, ou determinadas violações de direitos, exigem uma resposta específica e diferenciada transitando o paradigma do homem, ocidental, adulto, heterossexual e dono de um patrimônio para a visibilidade de novos sujeitos de direitos. Nesse sistema, protege-se a criança, as minorias étnicas, as mulheres e outros grupos sociais, no intuito de proclamar o princípio da liberdade e da igualdade entre homens e mulheres, como também salvaguardá-los dos direitos a segurança, vestuário, habitação, desemprego, viuvez, invalidez e doença. Portanto, observa-se que além da Declaração detalhar uma relação a outros direitos faz uma inter-relação com o direito à saúde³.

Sobre este aspecto, estudiosos^{4,5} ressaltam que no Brasil, com o término da II Guerra Mundial, aceleram-se a industrialização e o crescimento populacional, e inúmeras tensões e pressões

marcam as relações do Estado com a sociedade civil, e em face a superação de desigualdades marcantes a mortalidade geral diminuiu e a natalidade continuou alta.

Esta situação apresentou modificações na segunda metade da década de sessenta, onde a taxa de crescimento populacional entrou em declínio nas regiões Sul e Sudeste do país⁶, e nas outras regiões como na região Nordeste o ritmo de declínio se deu de forma mais intensa no início da década de setenta. Esta diminuição nas taxas de fecundidade estiverem associadas ao expressivo uso de métodos anticoncepcionais, como pílula e Dispositivo Intra-Uterino(DIU), os quais eram divulgados como instrumentos eficazes e imprescindíveis na redução do número de filhos por mulher no País⁷.

O uso dos métodos anticoncepcionais foi uma das descobertas dos anos 60 responsável pela mudança na vida e no papel social da mulher, propiciando-a uma maior inserção no mercado de trabalho e também uma liberdade sexual que ela ainda não conhecia. Mas com o passar dos anos as mulheres logo constataram que os métodos estavam cada vez mais sob controle médico, e ao mesmo tempo com oferta limitada, precária e sem assistência adequada, comprometendo a sua saúde⁵.

Para a mulher desempenhar suas atividades como trabalhadora extra-lar era necessário que a mesma desfrutasse do mais alto nível de saúde física e mental, incluindo o planejamento familiar e programas de assistência à saúde reprodutiva⁸. Esta problemática trouxe repercussões para as bases sociais e políticas, contemplando para o setor saúde propostas mais abrangentes de atenção ao grupo materno-infantil⁴, onde foram implementadas ações públicas voltadas à maternidade e infância, num cenário em que se aprofunda a preocupação com o acesso aos serviços de saúde.

Na saúde pública, essa assistência foi, por muito tempo, voltada para puericultura, que, em seu desenvolvimento, mantém/introduz tecnologias de controle da gestação, cuidado materno à

criança, controle pré-nupcial da saúde, dentre outras, desenvolvidas como parte prática da rede de postos e centros de saúde e dos denominados clubes de mães. No reequipamento de instituições materno-infantis, na expansão de postos de puericultura, de postos e centros de saúde pública, de maternidades e serviços de pediatria públicos e privados, somam-se investimentos estatais nacionais e recursos internacionais⁹.

A partir da década de 1970, mesmo com a crise na Previdência Social, ocorreram demandas crescentes por atenção médica valorizando-se investimentos na assistência básica à saúde e a utilização, nesta, de tecnologias simplificadas. Mundialmente, o ideário da Atenção Primária à Saúde, sob o marco da medicina comunitária, propunha medidas voltadas à reorganização dos serviços, para assistência precoce e contínua de cunho preventivo e curativo, destacando a expansão e melhoria do primeiro nível tecnológico do setor. Assim, sob a influência desses dois processos, o Ministério da Saúde reformula as diretrizes gerais da assistência à saúde e, em 1974/1975, também a política nacional de saúde ao grupo materno-infantil, oficializando-a através do Programa Materno-Infantil (PMI)¹⁰.

Por meio do PMI, foram formalizadas ações de assistência à gravidez, parto e puerpério, de estímulo à amamentação e medidas para espaçamento entre as gestações, dirigidas a mulheres entre 15 e 49 anos, consideradas partes dos grupos mais vulneráveis, delimitados por meio de critérios pautados no conceito de risco¹¹. Um dos objetivos destas ações era prevenir e tratar os agravos controláveis através de tecnologias como imunização, suplementação alimentar e controle de problemas menos complexos, do ponto de vista médico, como parasitoses, anemias, infecções urinárias, hipertensão, visando, também, dentre outros propósitos a redução do número de óbitos maternos.

Nesta época, inúmeras clínicas e maternidades foram construídas no Brasil, crescendo o número de leitos públicos e privados para o cuidado aos problemas relacionados ao ciclo grávido-

puerperal. O trabalho das parteiras/obstetizes foi praticamente substituído pelo trabalho de profissionais especializados, sobretudo médicos obstetras⁹. Estes profissionais, além de tratar da saúde da mulher, também tinham o dever de estimular o processo de amamentação tendo em vista que com a expansão da industrialização, a importância da amamentação foi ficando em segundo plano, e como consequência, começou a ocorrer a produção de leite em pó que culminaram com altas taxas de mortalidade infantil aliadas à associação entre diarreia, desnutrição e desmame precoce^{12,13,14}.

Diante desta situação, o Ministério da Saúde criou em 1978 o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR) com a finalidade de operacionalizar ações voltadas para assistência especializada aos riscos reprodutivos e obstétricos, à prevenção de gestações futuras, quando indicada, e ao diagnóstico e tratamento da esterilidade ou da infertilidade¹⁵.

Em 1980 surge o Programa de Ações Básicas de Saúde (Prevsáude), que pretendia estender a cobertura de cuidados primários de saúde à quase totalidade da população brasileira, com articulação simultânea das diversas organizações estatais e privadas em uma rede única, hierarquizada e regionalizada. Previa o estabelecimento de um amplo programa materno-infantil: ações referentes aos intervalos entre os nascimentos dos filhos, informação seletiva e ampla sobre os diferentes métodos anticoncepcionais e uma revisão da legislação sobre a fecundidade⁹.

Nesta mesma época, alguns profissionais médicos envolvidos na experiência de um Ambulatório de Tocoginecologia Preventiva na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), discutiam sobre que tipo de atenção seria a melhor e mais adequada para a clientela que procurava os serviços oferecidos pela Unicamp nessa área¹⁶. Aos poucos, foi se tornando claro que a preocupação era "oferecer à mulher uma assistência integral, no sentido de enfatizar a necessidade de o médico se preocupar com o corpo dela como um todo, e não apenas como órgãos isolados a serem tratados por diferentes especialistas".

Em meados da década de 1980, observa-se no cenário nacional um crescente sentimento de democratização do país com a organização de movimentos sociais, como o movimento feminista. Esses movimentos passaram a colocar a questão da sexualidade feminina em outros termos, deslocando o eixo da discussão para situar a anticoncepção no contexto da saúde reprodutiva, como um direito das mulheres¹⁶.

A partir destas discussões, grupos organizados de mulheres foram conhecer este modelo de atenção desenvolvido na Unicamp, denominado de Atenção Integral à Saúde da Mulher (AISM), e tinham como objetivo transformá-lo em um programa nacional. Os movimentos de mulheres insistiram que a transformação do conceito de AISM em programa de saúde incluísse um componente de educação sexual e em saúde¹⁷. No entanto, as mulheres passaram a expor suas reivindicações que diziam respeito às temáticas (que também se tornam públicas): direito à procriação, à sexualidade, à saúde, ao planejamento familiar, à discriminação do aborto, à democratização da educação para a saúde, e a outras medidas entendidas na esfera da saúde pública e não do ato médico.

O interesse pelo tema Saúde da Mulher cresceu no país não apenas nos espaços acadêmicos, mas também na maioria dos movimentos sociais organizados. No processo de abertura política, sanitaristas, psicólogas e sociólogas, representantes dos grupos de mulheres, demógrafos e pesquisadores das universidades e profissionais da saúde iniciaram no ano de 1983 uma parceria com o Ministério da Saúde para elaboração de propostas de atendimento à mulher que garantissem o respeito a seus direitos de cidadã, uma destas propostas teve como resultado a criação, em 1983, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher- PAISM, sendo o mesmo oficializado pelo Ministério da saúde em 1984¹⁸.

O PAISM tornou-se um marco histórico na evolução dos conceitos de saúde da mulher, incluindo a saúde reprodutiva, o planejamento familiar, prevenção de câncer cérvico-uterino e de

mamas e as doenças sexualmente transmissíveis¹⁹. Posteriormente, foram sugeridas as ações relacionadas à sexualidade na adolescência e à mulher na terceira idade, pois até então, a política governamental para a assistência à saúde das mulheres restringia-se às ações dirigidas ao ciclo grávido-puerperal, ou seja, a assistência ao pré-natal, parto e puerpério.

Nesse sentido, o PAISM foi pioneiro, inclusive no cenário mundial²⁰, a propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar. Embora a proposta original do PAISM não explicitasse jamais a expressão "saúde reprodutiva", que seria conhecida internacionalmente apenas no final dos anos 80, sua concepção de atenção integral à saúde inclui plenamente a definição de saúde reprodutiva adotada pela Organização Mundial da Saúde em 1988, ampliada e consolidada no Cairo em 1994 e em Beijing em 1995. Conseqüentemente, a adoção do PAISM representou, sem dúvida, um passo significativo em direção ao reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, mesmo antes que essa expressão ganhasse os diversos foros internacionais de luta¹⁹.

Apesar dos esforços, as publicações recentes sugerem que o PAISM não foi efetivamente implementado em todo o território nacional, demonstrando importante distanciamento entre o conceito e a prática, porém há que se avaliar nesse contexto a dificuldade de incorporar novos conceitos, o que ocorre por múltiplos fatores, dentre eles, os políticos, econômicos, culturais e sociais que permeiam o país¹⁹.

Paralelamente a este período foram criados, os Comitês de Mortalidade Materna-CMM. As informações que a literatura traz situam historicamente a criação dos Comitês de estudos de mortalidade materna como um mecanismo ou estratégia de estudo pertinente ao campo da epidemiologia, tendo em sua metodologia de trabalho paradigmas próprios dessa área. A complexidade de um sistema de vigilância epidemiológica de mortalidade materna e a sua necessária articulação com o sistema de saúde levam ao reconhecimento de que seu "desenho"

implica as especificidades de cada país e nos recursos disponíveis para a saúde materna^{21,22}. Entretanto, alguns parâmetros e definições foram consignados pela Organização Pan-Americana da Saúde de modo a favorecer a comparabilidade dos dados e aperfeiçoar os sistemas existentes.

Nesse sentido, os Comitês são vistos como parte integrante da estrutura do sistema de vigilância, assinalando-se o caráter técnico dessa inserção com funções de investigação, avaliação, informação, educação, além da função normativa e mobilizadora. Esta investigação geralmente é realizada pelas equipes dos serviços de vigilância epidemiológica, através de pesquisa nos prontuários ambulatoriais e hospitalares, e entrevista com os profissionais que atenderam a cliente, e com familiares. Após a investigação, os dados são encaminhados aos Comitês Regionais e Estaduais com o objetivo de identificar a totalidade dos óbitos maternos e facilitar as investigações por meio de Fichas de Investigação, cujos dados uma vez totalizados serão enviados ao Sistema de Informações em Mortalidade (SIM)²³.

A criação dos CCM representou um avanço para a saúde por meio das medidas de prevenção e controle da morte materna¹⁸. Neste sentido a questão da mortalidade materna como parte dos direitos femininos passa a ter prioridade também na Constituição de 1988, representando uma conquista inestimável no campo do reconhecimento dos direitos e da igualdade entre os cidadãos, entre homens e mulheres. Em vários artigos estão garantidas prerrogativas que até hoje não foram plenamente concretizadas, apesar de insculpidas na Carta Magna²⁴.

Uma das primeiras garantias está expressa no artigo 6º, o qual consagra os direitos sociais: "a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados"¹⁰. Quanto ao trabalho, são garantidas a licença à gestante e a proteção do mercado de trabalho feminino. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios têm como competência comum (artigo 23) cuidar da saúde e assistência pública; proporcionar meios de acesso à cultura, à educação e à ciência; promover programas de

construção de moradias e a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico; combater as causas da pobreza e os fatores de marginalização, promovendo a integração social dos setores desfavorecidos.

Mundialmente, contribuições de grupos feministas, de mulheres, de acadêmicas/cientistas e de organismos governamentais/não governamentais, estimulavam e incrementavam o processo nacional. Em 1975, na I Conferência Internacional da Mulher, realizada na cidade do México, a ONU recomenda aos países membros, medidas para a eliminação das desigualdades entre homens e mulheres e conquista da paz mundial. Em 1984, em Amsterdã, no Tribunal Internacional do Encontro sobre Direitos Reprodutivos, definem-se estratégias políticas de internacionalização da luta por sua ampliação, criticando-se posturas restritas a perspectivas controlistas em torno da concepção. Em 1985, na II Conferência Internacional da Mulher, realizada em Copenhague, acrescentam-se, às recomendações da primeira, linhas de atuação especificamente voltadas à saúde, educação e trabalho feminino²⁵.

A partir de 1988, o Ministério da Saúde implantou um conjunto de ações por meio de portarias ministeriais que, em seu conjunto, constituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)²⁶. As características principais do programa são a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais, com objetivo principal de reorganizar a assistência e vincular formalmente o pré-natal ao parto e puerpério, ampliar o acesso das mulheres aos serviços de saúde e garantir a qualidade da assistência com a realização de um conjunto mínimo de procedimentos.

Estas medidas despertaram polêmicas e mobilizou defensores e opositores nos diversos segmentos envolvidos, dentro e fora das instituições de assistência ao parto no Brasil. No auge destas discussões, ocorre a Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1989, que também estabelece o compromisso dos Estados Partes em relação à maternidade nos dispositivos em que

obrigam os países a "assegurar às mães adequada assistência pré-natal e pós-natal" e a "assegurar que todos os setores da sociedade, em especial os pais e as crianças, conheçam os princípios básicos de saúde e nutrição das crianças, as vantagens da amamentação"²⁷.

Para garantir à mulher serviços apropriados quanto à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, o governo brasileiro esteve presente em Conferências Internacionais para tratar da questão da maternidade¹⁹. As Conferências são mencionadas a seguir:

1) Conferência Internacional sobre Maternidade Segura, 1987. Nairóbi

Sob o patrocínio da OMS, foi realizada em Nairóbi, Quênia, em 1987 a International Conference on safe Motherhood que veio a se constituir um marco referencial nesse movimento ao estabelecer a definição de ações, tanto no plano técnico como político, capazes de reduzir os níveis de mortalidade materna nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento.

2) 23ª Conferência Sanitária Pan-Americana - 1990

Nesta Conferência, o Brasil comprometeu-se a reduzir a mortalidade materna no decorrer da década de noventa, conforme o Plano de Ação Regional para a Redução da Mortalidade Materna, da Organização Panamericana de Saúde – OPS.

3) Cúpula Mundial em Favor da Criança - 1991

A Cúpula em Favor da Criança determinou a redução das causas da mortalidade materna e infantil e estabeleceu metas para cumprimento pelos Estados.

4) Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo) - 1994

O Brasil adotou o Plano de Ação da Conferência do Cairo que não considera o aumento da população como causa da pobreza, rejeitando as práticas de controle da natalidade, reafirmando o

direito à liberdade e aos direitos humanos no exercício da sexualidade, concepção e anticoncepção. Em decorrência desse fato, foi criada a Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, no Ministério do Planejamento.

5) 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing) - 1995

Uma das principais preocupações da Conferência de Beijing foi a desigualdade em matéria de atenção para saúde e serviços afins. Houve grande destaque para os temas relativos à saúde da mulher. A Conferência declara o direito da mulher de desfrutar o mais elevado nível de saúde, que não se resume somente à ausência de enfermidades, mas significa o estado de bem-estar emocional, social e físico, para o qual contribuem fatores biológicos, sociais, políticos e econômicos. Para atingir este estado, é imprescindível que exista igualdade entre homens e mulheres de todo o mundo.

Na última década do século XX, foram criados em vários municípios brasileiros, o Programa de Agentes Comunitários em Saúde (1991) e Programa Saúde da Família (1994), cujas atividades intencionavam articular as várias ações estratégicas por parte das equipes de saúde incluindo o cuidado à reprodução e sexualidade nas diferentes fases etárias, visando à universalização do acesso e à garantia da integralidade assistencial^{28,29}.

Em, 1999, o Ministério da Saúde instituiu o Prêmio Nacional Galba de Araújo com o objetivo de estimular e destacar os estabelecimentos de saúde que adotam um atendimento humanizado às mulheres brasileiras e aos seus filhos, durante a gestação, parto e pós-parto³⁰. Nessa mesma época, organizações internacionais iniciaram um movimento pela reavaliação das políticas internacionais propondo maior integração entre os programas de planejamento familiar e de saúde da mulher criando situação passível para o aumento da renda per capita da população, além de favorecer a melhoria da qualidade de vida e da educação, tendo em vista que estudos confirmam

que as mulheres mais acometidas pela morte materna eram àquelas pertencentes aos grupos menos favorecidos^{19,31}.

Esta situação revela que, após vários anos de reconhecimento da declaração dos direitos humanos, as populações com necessidades diferenciadas continuam sofrendo com o caos na saúde, principalmente quando esta se refere a saúde materna, tendo em vista que a morte de uma mulher no período gravídico puerperal é uma tragédia para toda família e sociedade.

Diante desta realidade, o Brasil criou o Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, entendido como um movimento político onde o Brasil com os demais 190 países se comprometeram em melhorar a saúde materna, sendo este um dos principais objetivos de desenvolvimento do milênio propostos pela Organização das Nações Unidas. Esse também é o compromisso com a 5^a meta do Milênio: “ Reduzir em, no mínimo, um terço a taxa de mortalidade materna, até 2010, como um primeiro passo até a meta de reduzir essa taxa em três quartos, até 2015³²”.

Sabendo-se que os dados referentes a óbitos maternos são um dos mais problemáticos nos estudos da mortalidade, o Brasil precisava encarar esta situação e investir em pesquisas mais conclusivas sobre sua realidade.

Uma iniciativa foi contemplada por Ruy Laurenti (2004), juntamente com outros pesquisadores, onde os mesmos avaliaram a mortalidade de mulheres 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna, cujos resultados finais, para o primeiro semestre de 2002, foram divulgados pelo Ministério da Saúde³³. Os resultados desta investigação determinaram, entre outros, a Razão de Morte Materna (RMM), a partir de dados originais, para o conjunto das capitais brasileiras de 38,9 por 100.000 n.v. e chama a atenção para os diferenciais regionais particularmente para as Regiões Norte e Nordeste do país onde a qualidade da cobertura do registro dos óbitos ainda é precária.

Nas outras regiões, apesar das razões de mortalidade terem apresentado diminuição e a cobertura dos registros de dados ter aumentado, razões de mortalidade mostram que o país encontra-se com elevado patamar quando comparado com países mais avançados³⁵. Assim, com os dados do SIM/MS não corrigidos de 1980 a 1996, a RMM diminuiu de 69 para 45 por 100.000 n.v.³⁴.

Ao longo dos anos, os pesquisadores e profissionais da área de saúde estiveram mais interessados em resolver a questão da subenumeração dos óbitos maternos. Sabe-se que as estatísticas são importantes, mas a saúde materna em si carece de mais atenção, porquanto é preciso rever esta situação como uma questão de sobrevivência humana, pois quando a saúde da mulher é comprometida durante o ciclo gravídico puerperal, mãe e filho estão expostos a uma mesma realidade dicotômica: vida ou morte.

Estas mortes femininas não só ocorrem no período gravídico, pois muitas brasileiras continuam morrendo vítimas de agressões e maus tratos. Diante dos inúmeros casos ocorridos nos últimos anos o governo implementou outra importante iniciativa a favor da saúde da mulher, a qual ocorreu no ano de 2006 com a sanção pelo Presidente da República, da Lei n. 11340/2006, conhecida por Lei Maria da Penha, que tipifica as agressões contra mulheres como crimes com suas respectivas penalizações legais. Sua efetividade não é garantida devido a falta de recursos para pôr em prática muitas medidas necessárias para sua aplicação, como a proteção a testemunhas e vítimas. Diante desta situação, foi criada a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, que promove a definição de programas através das conferências participativas, dispõe, assim, de recursos insuficientes para cumprir sua missão, embora seja reconhecida como eficaz na aplicação de seu orçamento³⁶.

Ainda em 2006, foi lançado o manual sobre Anticoncepção de Emergência, que visa orientar os profissionais para mudança da qualidade da atenção prestada às mulheres em situação de violência³⁷. Essa iniciativa também fez parte do Plano de Ação 2004-2007, com o objetivo geral

de promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso a meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo o território brasileiro^{38,39}.

Neste sentido, se os direitos femininos em saúde estão garantidos por lei, por que será que as mulheres ainda são discriminadas? As indagações poderiam ser estendidas, mas espera-se que a garantia do direito à vida e à saúde não seja responsabilidade exclusiva do governo e muito embora lhe caiba garantir o acesso a serviços qualificados este compromisso deverá também se estender a cada um dos brasileiros.

REFERÊNCIAS

1. Piovesan F. Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional. São Paulo: Saraiva; 2006.
2. Bobbio N. Era dos Direitos. Trad. de Carlos Nelson Coutinho, Rio de Janeiro: Campus.1988.
3. Linhares L. As Conferências das Nações Unidas influenciando a mudança legislativa e as decisões do Poder Judiciário. In: Seminário “Direitos Humanos: Rumo a uma jurisprudência da igualdade”, Belo Horizonte, de 14 a 17 de maio de 1998.
4. Lyda M. Cem anos de saúde pública: a cidadania negada. São Paulo: UNESP;1994.
5. Labra, Maria Eliana. Mulher, saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis:Vozes;1989.
6. Carvalho, José Alberto Magno.Tendências regionais de mortalidade e fecundidade no Brasil. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG;1974.
7. Wood CH, Carvalho JAM . A demografia da desigualdade no Brasil. Rio de Janeiro: IPEA, Série PNDE / 27;1994.
8. Barsted LL, Hermann J. As Mulheres e os Direitos Humanos. Traduzindo a legislação com a perspectiva de gênero. Pesquisa e Coordenação: Rio de Janeiro: CEPIA; 2001.
9. Canesqui AM. Assistência médica e a saúde e reprodução humana. Campinas: Núcleo de Estudos de População - NEPO/UNICAMP;1987.

10. Merhy EE. A rede básica como construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy, Emerson Elias; Onocko, Rosana. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec;1997.
11. Brasil. Ministério da Saúde.Coordenação de Proteção Materno-Infantil. Programa de Saúde Materno-Infantil. Brasília: Ministério da Saúde;1975.
12. Vinagre RD, Diniz EMA, Vaz C. Leite humano: um pouco de sua história. São Paulo. Ped, 2001, vol. 23, p.340-345.
13. Almeida JAG. Amamentação.um híbrido natureza-cultura.Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
14. Roy L.O modo de ser mulher trabalhadora na reestruturação produtiva.Campinas, São Paulo: Alínea;1999.
15. Brasil. Ministério da Saúde.Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Programa de Prevenção da Gravidez de Alto-Risco. Normas para a identificação e controle dos riscos reprodutivos, obstétrico e da infertilidade no Programa de Saúde Materno-Infantil. Brasília; 1978.
16. Osis MJM. Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção. Dissertação (Mestrado)- Universidade Estadual de Campinas, Campinas ;1994.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília;1984.

18. Mandú ENT. Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual - Brasil, século XX. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2002;vol. 10:358-371.
19. Galvão L, Díaz J. Saúde Sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo: Hucitec; Population Council;1999.
20. Ravindran S. Women's health policies: organising for change. Reproductive Health Matters, 1995, 6:7-11.
21. OPS. Organización Panamericana de la Salud. OMS. Organización Mundial de la Salud. CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Maternas en las Américas. Guía para la vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna. Washington, D.C.: OPS/Geneva: OMS/Atlanta: CDC;1992.
22. Rajs D. Propuestas para el Diseño y para Implantación de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna en los Países de las Américas. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. 1992.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. Brasília: Departamento de Programas de Saúde, Coordenação Materno-Infantil, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde; 1994b.
24. Osis MJMD. Paim: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cadernos de Saúde Pública.1998; 14:25-32.

25. Válerly FD. *À la croisée des chemins: mulher e cidadania na nova ordem social* In: Fonseca, Rosa Maria Godoy Serpa. *Mulher e cidadania na nova ordem social*. São Paulo: Núcleo de Estudos da Mulher e Relações Sociais de Gênero/USP;1996.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher, Brasília; 2000.
27. UNICEF (Fundo das Nações Unidas para Infância). *Situação Mundial da Infância*. Brasília: UNICEF;1995.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 1994a.
29. Levy FM, Matos PES, Tomita NE. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20:197-203.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual para a organização da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde;1999.
31. Martins AL. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*.2006; 22:2473-2479.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo técnico da política nacional de humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a.

33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final-Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 2^a ed. Brasília; 2002.
35. WHO. UNICEF. UNFPA. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva: World Health Organization; 2004.
36. Brasil. Lei n. 11.340, de 07 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha: Lei n. 11.340 de 07 de agosto de 2006, que dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações; 2007a.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral á saúde da mulher: plano de ação: 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Brasília. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Paginas/pacto.htm> Acesso em: 16 nov.2007b.

3.2 ARTIGO 2

**Mortalidade materna no Estado da Paraíba: associação entre raça e
variáveis sociodemográficas**

Mortalidade materna no Estado da Paraíba: associação entre raça e variáveis sociodemográficas

Maternal mortality in the State of Paraíba: association between race and sociodemographic variables

Ana Cristina da Nóbrega Marinho Torres Leite

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde pela UFRN

Neir Antunes Paes

Professor do Departamento de Estatística, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB.

Instituição

Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde

Av. Gal. Gustavo Cordeiro de Farias s/n - Natal / RN - CEP 59010-180

TELEFAX: (84) 3215-4220 - E-mail: secretaria@ppgcsa.com.br

RESUMO

A mortalidade materna tem se constituído em um dos problemas prioritários de saúde pública, afetando diretamente as mulheres, no ciclo grávido puerperal, pertencentes as classes sociais menos favorecidas. Diante desta situação o objetivo deste estudo consistiu em identificar associações entre a raça de mulheres residentes no estado da Paraíba e as variáveis grupo etário, escolaridade e tipo de óbito das mulheres que foram a óbito por morte materna no período de 2000 a 2004. Trata-se de um estudo transversal, em que se utilizaram como fonte de dados 109 declarações de óbitos maternos. Procedeu-se a uma análise estatística bivariada e multivariada para avaliar a associação existente entre as variáveis através da regressão logística múltipla. Calculou-se o odds ratio para investigar a associação entre as variáveis. Observou-se que não houve significância estatística entre as variáveis raça e idade bem como por escolaridade, mas houve indícios significativos de que as mulheres não brancas da Paraíba tiveram mais chance de morrer por morte obstétrica direta, (OR=3,55; IC:1,20-10,5). Os resultados mostraram que o risco de mortalidade materna na Paraíba foi maior entre as mulheres não brancas, configurando-se em importante expressão de desigualdade social.

Unitermos: Mortalidade. Raça. Mortalidade materna.

ABSTRACT

Maternal mortality has been established in one of the priority problems of public health, directly affecting women, in pregnant puerperal cycle, belonging to underprivileged social classes. In this situation the aim of this study was to identify associations between race of women living in the state of Paraíba and the variables age, educational level and type of death of women who died of maternal death in the period 2000 to 2004. This is a cross-sectional study, which used as a source of data declarations of 109 maternal deaths. There was a bivariate and multivariate statistical analysis to evaluate the association between variables using multiple logistic regression. The odds ratio to investigate the association between variables was calculated. It was observed that there was no statistical significance between the variables race and age as well with educational level, but there was significant evidence that non-white women from Paraíba had more chance of dying than the white of as direct obstetric death, (OR = 3.55; IC: 1,20-10,5). The results showed that the risk of maternal mortality in Paraíba was higher among non-white women, setting up an important expression of social inequality.

Keywords: Mortality. Race. Maternal mortality.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (1975) definiu a morte materna como "a morte de uma mulher durante a gestação, ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com a gravidez ou agravada pela mesma, ou a medidas tomadas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais"¹. Posteriormente, a OMS em 1995, por meio da 10^a Revisão do Código Internacional de Doenças (CID) (1994)², introduziu o conceito de morte materna tardia como sendo "a morte de uma mulher por causas obstétricas diretas ou indiretas ocorridas entre 42 dias até um ano depois do término da gravidez"³.

De acordo com a causa, a morte materna pode ser classificada como *diretas* ou *indiretas*. As mortes diretas resultam de complicações obstétricas relacionadas à gravidez, parto e puerpério, devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma seqüência de eventos resultantes de qualquer uma dessas situações (ex.: hemorragia, infecção puerperal, hipertensão, tromboembolismo, acidente anestésico). As mortes indiretas decorrem de doenças preexistentes ou que se desenvolvem durante a gestação (intercorrentes) e que não se devem a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação (ex.: cardiopatias, colagenoses e outras doenças crônicas)⁴.

A mortalidade materna também é considerada um importante indicador da realidade social de um país, e é correto, portanto, afirmar que as condições pelas quais as mulheres morrem espelha o nível do desenvolvimento humano da população, porquanto um alto grau de mortalidade materna é indicativo de precárias condições socioeconômicas que culminam com dificuldades de acesso aos serviços de saúde⁵. Neste contexto de valorização dos papéis da mulher como ser social, a morte materna torna-se ainda mais significativa em termos dos problemas gerados na família, tanto na esfera emocional - revelada pelo choque, desespero, surpresa, incerteza, não aceitação,

medo do futuro; quanto na esfera social - quando a família se depara com o conflito de relações, com a falta de sustentação na transmissão de regras morais e sociais e com o desequilíbrio na condição econômica da família.

Juntamente com as questões socioeconômicas e demográficas emerge a questão racial, com uma análise difícil de ser realizada decorrente da conceituação e classificação de raça/etnia, onde várias tendências se colocam: por cor, por ascendência, por estrato social e há até quem acredite que não deva existir classificação, mas certamente com quaisquer que sejam os dados parecem evidenciar que as minorias étnicas têm menos acesso à educação, possuem status social e econômico mais baixo, vivem em piores condições de vida e de moradia e, no que se refere à saúde reprodutiva, têm menos acesso aos métodos contraceptivos e apresentam maiores chances de engravidar ainda que não o desejem. Por essas e outras razões não é mera coincidência o fato de que nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste concentra-se a maioria das mortes de mulheres negras em decorrência de problemas na gravidez, parto, puerpério, e também a maioria das mortes maternas⁶.

Estudos^{7,8} revelaram uma significativa correlação entre dados sociais e mortalidade materna e outros estudos mais específicos^(6,9) mostraram que a raça esteve fortemente associada com a mortalidade materna, com excesso de mortalidade de mulheres negras; a razão foi maior para as negras que para as brancas em todas as idades e o excesso de risco aumentou substancialmente com a idade e foi mais evidente para faixa acima de 39 anos.

Muitos estudos^{10,11} também deixam claro que em algumas regiões, como o estado da Paraíba, marcado pela escassez nos recursos referentes à área de saúde, os números de mortalidade materna são preocupantes e grande parte deles ocorre nas classes desfavorecidas.

Com base nestas considerações foram levantadas algumas hipóteses neste estudo: o risco de morte materna é maior entre as mulheres pertencentes a cor não branca em relação às brancas? As mulheres que foram a óbito por morte materna pertencentes a raça não branca tinham maiores chances de morrer por morte obstétrica direta ou indireta? Quais os riscos que as mulheres não brancas têm em ir á óbito quando seus níveis de escolaridade são baixos?

Procurando dar respostas a estas indagações este estudo teve por objetivo identificar associações entre a raça de mulheres residentes no estado da Paraíba e as variáveis, grupo etário, escolaridade e tipo de óbito das mulheres que foram a óbito por morte materna no período de 2000 a 2004.

MÉTODOS

Este trabalho se constitui em um estudo transversal, onde foram levantadas 116 declarações de óbitos maternos de mulheres residentes no Estado da Paraíba, no período de 2000 a 2004. Mas, para este estudo, só foram disponibilizadas 109, tendo em vista a falta de informações completas nas DO's para 7 delas. A delimitação destes anos se deu devido ao fato de serem os mais recentes disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde, Sistema de Informação de Mortalidade (SIM, 2004)¹² e Sistema Nacional de Informações de Nascidos Vivos (SINASC, 2004)¹³ na ocasião da coleta dos dados para a pesquisa. Os dados referentes aos óbitos maternos foram coletados por meio de um formulário (APÊNDICE 1) na Divisão de Informática da Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Paraíba.

As seguintes variáveis constantes nas D.O's foram consideradas para estudo: idade, escolaridade, raça e tipo de óbito. É importante ressaltar que estas variáveis constaram no preenchimento de todos os 109 óbitos maternos levantados na Secretaria do Estado da Paraíba.

Grupo etário: Levando-se em consideração que a adolescência é o período compreendido entre a infância e a idade adulta, tendo seu limite até os 19 anos a qual é caracterizado por intensos crescimento e desenvolvimento, que se manifestam por marcantes transformações anatômicas, fisiológicas, mentais e sociais¹⁴. O grupo etário foi categorizado em: ≤ 19 anos, entre 20-34 anos, onde se concentra o maior contingente de mulheres expostas ao risco de morte materna por ser considerado o período de maior fecundidade e ≥ 35 anos, período que corresponde ao grupo etário de maior risco obstétrico podendo determinar alterações negativas sobre a mortalidade materna^{15,16}.

Escolaridade: variável categórica, policotômica, observada em anos de estudos concluídos, classificada segundo as informações constantes na DO que são: Nenhuma, de 1 a 3 anos, de 4 a 7 anos, de 8 a 11 anos, de 12 e mais e ignorado. De acordo com a Lei de Diretrizes e bases nº 9.394 da educação no Artigo 32 foi determinado, “O ensino fundamental, com duração mínima de oito anos”¹⁷. Para facilitar a análise estatística optou-se por categorizar esta variável em < 8 anos e ≥ 8 anos.

Raça: variável categórica classificada conforme as informações constantes na DO: branca, preta, amarela, parda e indígena. Para fim de análise estatística, a raça foi categorizada em branca e não branca, considerada nesta última categoria as pardas e as pretas. As demais classificações da raça não foram consideradas pela inexpressiva importância no montante total na Paraíba.

Tipo de óbito materno: foi categorizada considerando-se a CID-10², onde os casos confirmados foram então agrupados em mortes obstétricas diretas e indiretas.

Foram incluídas no estudo mulheres com idade entre 10 a 49 anos, residentes no estado da Paraíba, que foram a óbito devido a causas obstétricas diretas e indiretas, no período de 01/01/2000 a 31/12/2004.

Excluíram-se as mulheres que não residiam na Paraíba, aquelas que mesmo residindo tinham idade menor que 10 anos ou maior que 49 anos.

Todos os dados foram digitados em arquivo específico criado no programa Epi-Info 2000 para Windows, gerando-se assim um banco de dados que foi posteriormente utilizado para análise estatística através do Programa SPSS versão 2004. Considerando como variável dependente a raça, a medida de efeito utilizada neste estudo foi o odds ratio, cuja significância estatística das associações foi calculada pelo teste de Qui-quadrado de Pearson com os respectivos intervalos de confiança (IC) ao nível de 5%.

Em seguida foi realizada a regressão logística múltipla, gerando-se o odds ratio ajustado, IC e p-valor, com o propósito de eliminar os potenciais efeitos de confusão das variáveis de estudo.

O presente estudo respeitou as normas da resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa em seres humanos, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, cujo número de protocolo é: 1099.0.133.752-05.

RESULTADOS

Na Tabela 1, observou-se que das 72 mortes em mulheres não brancas, a maioria delas, 44 (61,1%) foram de mulheres na faixa etária entre 20-34 anos, as quais representaram duas vezes mais em relação às brancas (21 mulheres) se caracterizando como um diferencial importante.

Com um valor calculado (Tabela 2) resultante da aplicação do Teste Qui Quadrado, $\chi^2_{cal} = 0,61$, evidenciou-se a não existência de uma associação significativa ($\alpha=5\%$) entre a raça e a idade materna (expressa por faixa etária), ou seja, não houve evidência estatística de que a mulher paraibana não branca estivesse mais sujeita a morrer na faixa etária dos 20-34 anos de idade do que as brancas. A análise realizada por meio da regressão logística múltipla 1,22 (IC 95% 0,35-4,18; p-valor 0,75) também apontou não haver significância. Este resultado sugere que a idade não atuou como uma variável de confundimento, dispensando estratificações desta variável ao se estudar a relação da raça com outras variáveis deste estudo.

Com relação à escolaridade, pode-se constatar na Tabela 1 que 75% das mulheres não brancas tinham uma escolaridade inferior a 8 anos de estudo. Com uma evidente maioria de mulheres não brancas com baixa escolaridade, aplicou-se o teste de independência (Tabela 2), encontrando-se um valor do $\chi^2_{cal} = 0,93$, o qual indicou não haver significância entre raça e escolaridade. Por sua vez a regressão logística múltipla com um odds ratio de 1,55 (IC 95% 0,55-4,39; p-valor 0,41) também evidenciou não haver uma associação estatística nesta relação na presença das demais variáveis.

A Tabela 1 mostra que das 65 mulheres não brancas que foram a óbito, 90,2% foi por morte obstétrica direta, enquanto que das 10 brancas que morreram, o percentual foi de 72,9% sugerindo certo diferencial. Com uma evidente maioria de mulheres não brancas que foram à óbito por morte obstétrica direta, aplicou-se o teste de independência (Tabela 2) com um valor do $\chi^2_{cal} = 5,25$, evidenciando que houve uma associação significativa entre raça e tipo de óbito. O valor do

odds ratio não ajustado encontrado (OR=3,55;1,20-10,5) reforça, assim, os indícios de que as mulheres mais sujeitas à óbito por causa obstétrica direta foram àquelas não brancas com uma chance 3,5 maior em comparação às brancas. A regressão logística múltipla revelou um odds ratio de 2,09 (IC 95% 1,008-4,31;p-valor 0,04) evidenciando haver significância entre raça e tipo de óbito.

Tabela 1. Número e porcentagem de óbitos maternos por tipo de raça/cor segundo grupo etário, escolaridade e tipo de óbito. Estado da Paraíba, 2000-2004.

Variável	<i>Raça/Cor</i>					
	Não Branca		Branca		Total	
	N	%	N	%	N	%
Idade						
≤ 19	13	18,1	05	13,5	18	16,5
20-34	44	61,1	21	56,7	65	59,7
≥ 35	15	20,8	11	29,7	26	23,8
Total	72	100,0	37	100,0	109	100,0
Escolaridade						
< 8 anos	54	75,0	31	83,7	85	77,9
≥ 8 anos	18	25,0	06	16,3	24	22,1
Total	72	100,0	37	100,0	109	100,0
Tipo de óbito						
Obstétrica Direta	65	90,2	27	72,9	92	84,4
Obstétrica Indireta	07	9,8	10	27,1	17	15,6
Total	72	100,0	37	100,0	109	100,0

Fonte: SES, 2004.

Tabela 2: Odds ratio, intervalo de confiança, qui-quadrado e significância não ajustados e ajustados pela regressão logística, segundo variáveis sociodemográficas de mulheres residentes do estado da Paraíba, 2000-2004.

Variável	Odds ratio (não ajustado)	Intervalo Confiança (95%)	Qui- Quadrado	Odds ratio (ajustado)	Intervalo Confiança (95%)	p valor
Idade						
≤ 19	-	-	-	1,0	-	-
20-34	1,70	0,45-6,47	0,61	1,22	0,35-4,18	0,75*
≥ 35	1,51	0,57-4,0	0,68	1,04	0,46-2,33	0,92*
Escolaridade						
≥8 anos	1,00	-	-	1,00	-	-
<8 anos	1,69	0,58-4,9	0,93	1,55	0,55-4,39	0,41*
Tipo de óbito						
Obs. Indireta	1,00	-	-	1,00	-	-
Obs. Direta	3,55	1,20-10,5	5,25	2,09	1,008-4,31	0,04*

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba

* Significativo $p \leq 0,05$

DISCUSSÃO

Segundo o censo de 2000, o Brasil possuía uma população de 170 milhões de habitantes, dos quais 36 milhões era composta de mulheres pretas brasileiras, e viviam, na sua maioria, na zona urbana¹⁸. Conforme o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a população feminina no Brasil corresponde a 51% da população e as mulheres negras representam 30% da população feminina. De acordo com os dados mais recentes do IBGE¹⁸, o Brasil apresentou taxa média de crescimento da população de cor branca de 2,12%, da preta de 4,17% e da parda de 0,53%.

Sabe-se que, por ser o Brasil um país caracterizado por grande miscigenação racial¹⁹, é possível que muitas das pessoas que foram identificadas como brancas, pelo profissional que preencheu os dados nos prontuários dos estudos relacionados à morte materna apresentem características raciais mais marcantes de outras raças. É possível que a delimitação racial tenha dificultado uma associação significativa entre a raça e a idade no estudo, os quais poderiam justificar a obtenção de um resultado diferente do observado na literatura³.

Observou-se que, embora a idade não tenha evidenciado estatisticamente uma associação significativa com a raça, houve uma ocorrência muito maior de mortes maternas entre mulheres não brancas aos 20-34 anos em relação às brancas. Este é um dado importante visto que reforça as desigualdades etárias raciais existentes na Paraíba. Estes diferenciais são expressos, muitas vezes, pela má assistência à saúde e/ou falta de informação, principalmente pelas mulheres com baixo nível socioeconômico predominante na mulher não branca.

Segundo o Censo do IBGE¹⁸, a população da Paraíba era de 3,4 milhões de habitantes em 2000, dos quais 29,7% eram de analfabetos com idade maior de 15 anos. No Nordeste este índice chegava a 26,3% e o Brasil a 13,6%. O analfabetismo continua latente, longe de ser erradicado e

certamente esta situação não traz implicações apenas para as oportunidades de trabalho, emprego e renda, mas também para o setor saúde, afetando de forma assustadora mulheres no auge da vida reprodutiva.

Na averiguação da associação entre a raça e escolaridade, os resultados por meio dos testes estatísticos apontaram que não houve associação significativa entre raça e escolaridade, mas foi observado que as mulheres com baixa escolaridade não brancas tiveram um risco de morrer 1,55 vezes maior do que as brancas. Em muitas pesquisas a variável escolaridade não é valorizada no momento do preenchimento da declaração de óbito materno. Diversos estudos^{20,21} vêm evidenciando riscos inversamente proporcionais com a quantidade de anos de estudos, visto que a maioria das negras encontra-se com uma taxa de analfabetismo que é o dobro das brancas e que as primeiras por apresentarem menor grau de escolaridades muitas vezes não põem em prática as informações repassadas pela classe médica no pré-natal e puerpério. Também é importante ressaltar que quanto menos estudo menor é o acesso a informação e menos conhecimentos sobre hábitos de saúde, principalmente no que diz respeito à saúde reprodutiva.

Nesta pesquisa os resultados apontaram haver associação entre raça e tipo de óbito. Outros estudos^{22,23} também indicam que a morte materna do tipo obstétrica direta é mais freqüente em mulheres negras. Os argumentos são de que as causas de morte materna estão relacionadas à predisposição biológica das negras para doenças como a hipertensão/pré-eclâmpsia, fatores relacionados à dificuldade de acesso, à baixa qualidade no atendimento recebido e à falta de ações e capacitação de profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres negras estão sujeitas.

Em estudo²⁴ realizado, observou-se que as mortes obstétricas diretas, principalmente relacionadas às síndromes hipertensivas chegam a ser responsáveis por aproximadamente um quarto das

mortes maternas no Brasil, o que indica problemas na qualidade assistencial ou falta de pré-natal. Além dos problemas ligados à qualidade da atenção à saúde, estudo realizado no estado do Paraná sobre a mortalidade materna entre mulheres negras (pretas mais pardas), comparando-as com as de outras raças, mostrou que a hipertensão é um fator de risco de morte materna maior em mulheres pretas e em mulheres da raça amarela.

É preciso que sejam realizadas mais investigações sobre esta relação para o estado da Paraíba. Por exemplo averiguar com mais rigor a qualidade e veracidade do preenchimento das DO's dos campos correspondentes a estas variáveis. Uma pesquisa de busca dos registros dos óbitos pode trazer respostas mais confiáveis para a ocorrência ou não de tais relações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de tecer considerações acerca dos resultados desta pesquisa é importante mencionar que os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, referentes ao primeiro semestre do ano de 2002, a partir dos dados originais para as capitais brasileiras, era de 38,9 p/100.000 n.v, com os dados corrigidos, passou para 54,3 p/100.000 n.v.¹⁰ Os dados do SIM, não corrigidos, mostram um declínio da mortalidade materna no Brasil, bem como em vários estados, como no de São Paulo. No estado do Paraná, com dados corrigidos foi possível verificar que a mortalidade materna declinou de 105 para 57 p/100.000 n.v de 1990 para 2002, isto é, 46%²⁵.

No Estado da Paraíba, a quantidade e a qualidade da informação sobre óbitos maternos são limitadas. Pelo menos dois trabalhos abordaram sobre o tema, os quais foram realizados nas décadas de 80 e 90. Na década de 80, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) apresentado era de aproximadamente 136,3 óbitos para cada 100.000 n.v., e na década de 90 os números ficaram

em torno de 31,6 p/100.000 n.v.¹¹. Também, com valores obviamente subestimados, as estatísticas da SES-PB (Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba), revelam que a mortalidade materna entre os anos de 1999-2002 não apresentaram grandes variações e permaneceram com uma média de 30,6 p/100.000 n.v.²⁶. Esta pesquisa evidenciou uma RMM, com dados não corrigidos da SES, em torno de 35,7 p/100.000nv no período 2000-2004. Dados mais atuais²⁷ do ano de 2008 mostram que não houve grandes alterações ao longo dos anos, onde a razão não corrigida encontrada não ultrapassou 32 p/100.000 n.v.

Os resultados desta pesquisa também mostraram, por meio do teste de independência, que não houve evidência estatística de que a mulher paraibana não branca estivesse mais sujeita a morrer na faixa etária dos 20-34 anos de idade do que as brancas, bem como em relação a escolaridade, mas com relação a causa obstétrica direta os resultados evidenciaram que houve uma associação significativa entre estas variáveis. Para reforçar a associação foi realizado o odds ratio, onde o valor encontrado confirma que as mulheres não brancas tiveram uma chance 3,55 vezes maior de ir a óbito por morte materna direta em comparação às brancas.

Levando em consideração os resultados obtidos, questiona-se: Porque no estado da Paraíba, marcado por grande miscigenação, não evidenciou uma associação entre a raça/cor com a idade e escolaridade? As possíveis causas para esta independência poderiam se encontrar em peculiaridades próprias da região ou deficiências na qualidade dos dados. Esta última explicação parece mais provável. Nesta hipótese, se evidenciam problemas durante o preenchimento das variáveis e em sua verdadeira classificação nas declarações dos óbitos por parte do sistema em suas diversas etapas e na valorização das informações pelos captadores destes registros.

Diante destas considerações, sugere-se que há uma deficiência nas declarações dos óbitos quanto ao preenchimento das variáveis no estado da Paraíba, de que há necessidade de ser reduzida drasticamente a mortalidade materna, além de que as mulheres em idade reprodutiva padecem de um conjunto de dificuldades sociais, expondo a mulher não branca a uma morte materna diferenciada da branca. Urge, assim, maior atenção por parte não somente dos comitês de mortalidade materna, mas também do setor público e privado na atenção e resgate da saúde das mulheres negras no Estado da Paraíba.

REFERÊNCIAS

1. Armstrong S, Royston E., Preventing Maternal Deaths. Genebra: WHO, 1989
2. CID-10. Classificação estatística Internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Organização Mundial de Saúde. Centro Colaborador da OMS para a Classificação das Doenças em Português. São Paulo: EDUSP; 1994.
3. WHO (World Health Organization). Recommended Definitions, Standards and Reporting Requirements for ICD-10 Related to Maternal Mortality. Geneva: WHO, 1989.
4. Costa AAR, Ribas MSSS, Amorim MMR, Santos LC. Mortalidade Materna na Cidade do Recife. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., vol.24, no.7,2002.
5. Gomes FA, Nakano MAS, Almeida AM, Matuo YK. Mortalidade materna na perspectiva do familiar. Rev. Esc. Enferm. USP. 2006; 40:1:50-56.
6. Martins AL. Diferenciais raciais nos perfis e indicadores de mortalidade materna para o Brasil. In: XIV Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Caxambu: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2004.
7. Fang, J, Madhavan S, Alderman H. Mortality maternal in New York city: excess mortality of black women. Journal of urban health: Bulletin of the New York Academy of Medicine. 2000; 77:735-44.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Pregnancy-related deaths among Hispanic, Asian, Pacific and American Indian/Alaska native women-United States, 1991-1997, MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2003;50;361-4.

9. Barros RP, Henriques R, Mendonça R. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. Rev Bras Ciênc Soc. 2000; 15: 127-41
10. Bezerra G.M. S. Mortalidade materna no estado da Paraíba-1980-1988. João Pessoa, 1990.
11. Paraíba. Secretaria de Saúde. Sistemas de Informações sobre Mortalidade. Coordenação de Vigilância Epidemiológica. RMM no estado no ano de 2008.
12. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade [CD-ROM]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
13. Ministério da Saúde. Indicadores básicos de Saúde. <http://www.datasus.gov.br> (acessado em 12/ Nov/2004).
14. Neves Filho AC. Perfil das gestantes atendidas na maternidade escola Assis Chateaubriand e associação entre idade materna e baixa de peso ao nascer. [dissertação]. Ceará: Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará; 2002.
15. Costa AAR, Ribas MSSS, Amorim MMR, Santos LC. Mortalidade Materna na Cidade do Recife. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2002; 24 :455-62.
16. Porto AGM, YEE W C. Mortalidade Materna Perinatal. In: SEGRE, Conceição AM, Santoro Júnior M. Pediatria: diretrizes básicas, organização de serviços. São Paulo: Sarvier; 2001.
17. Brasil. _____. Lei n. 9.394, 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 1996.

18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico (Brasil e Estados): XI recenseamento geral do Brasil, Rio de Janeiro; 2000.
19. Vesentini JW. Sociedade e Espaço. São Paulo:Ática; 1996.
20. Haidar FH, Oliveira UF, Nascimento LFC. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. Cad saúde Pública. 2001;17:1025-1029.
21. Andrada AAC, Vitorello DA. Mortalidade Materna no Estado de Santa Catarina. Durante o Ano de 2001. Arquivos Catarinenses de medicina, 2001.
22. Batista LE. Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte. Araraquara (SP), 2002. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.
23. Ribas MSSS. Fatores prognósticos para óbito materno por pré-eclâmpsia/eclâmpsia na cidade do Recife: estudo de caso controle [dissertação]. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP); 2003.
24. Martins AL, Tanaka ACD. Mulheres negras e mortalidade no Estado do Paraná, Brasil, de 1993 a 1998. Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano. 2000; 10:27-38.
25. Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna – Estudo de casos de óbitos maternos, 2002, Paraná. Centro de Informação e Diagnóstico de Saúde. Curitiba, 2003
26. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual dos comitês de mortalidade materna. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

27. Paraíba. Secretaria de Saúde. Sistemas de Informações sobre Mortalidade. Coordenação de Vigilância Epidemiológica. RMM no estado no ano de 2008.

3.3 ARTIGO 3

Mortalidade materna no Estado da Paraíba, 2000-2004

Mortalidade materna no estado da Paraíba, 2000-2004**Maternal mortality in the state of Paraíba, 2000-2004**

Ana Cristina da Nóbrega Marinho Torres Leite^I ; Neir Antunes Paes^{II}

^I Departamento de Fisioterapia, União de Ensino Superior de Campina Grande- UNESC-PB.
Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde pela UFRN.

^{II} Departamento de Estatística, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB.

Doutorado em Demografia

Pós-Doutorado. Johns Hopkins University, JHU, Estados Unidos.

Correspondência

Neir Antunes Paes

Departamento de Estatística, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB.

Centro de Ciências Exatas e da Natureza, Cidade Universitária, s/n
CEP 58.051-900, João Pessoa – PB.

e-mail: antunes@de.ufpb.br

RESUMO

O objetivo deste estudo consiste em identificar e analisar associações entre o tipo de óbito materno de mulheres residentes no estado da Paraíba e as variáveis: grupo etário, escolaridade e raça, no período de 2000 a 2004. Procedeu-se a uma análise estatística bivariada e multivariada para avaliar a associação existente entre as variáveis através da regressão logística. Os testes apontaram que a mulher paraibana teve cinco vezes mais chances de morrer por morte obstétrica direta ou indireta na faixa etária abaixo dos 20 anos e acima dos 34 anos. O risco foi 2,5 vezes maior de morrer para as que têm menos de oito anos de estudo e 1,9 vezes superior para as mulheres não brancas. Os achados sugerem que as mulheres negras, de baixa escolaridade e com idade abaixo dos 20 anos e acima dos 34 anos constituem o grupo mais vulnerável da população.

Descritores: Mortalidade. Causa de óbito materno. Mortalidade materna.

ABSTRACT

The aim of this research is to identify and analyze associations between the kind of maternal death of women living in the state of Paraíba and the variables: age, school degree and race, in the period from 2000 to 2004. A bivariate and multivariate statistical analysis were made in order to evaluate the existing association between the variables through the logistic regression. The tests showed that the women from Paraíba are five times more likely to die for direct or indirect obstetrical death under the age of 20 and over the age of 34. The risk was 2.5 times higher of dying for the ones that have less than eight years of school education and 1.9 times higher for the non-white women. The results suggest that the Afro-Brazilian women, with low school degree and under the age of 20 years old and over 34 years old constitute the most vulnerable group of the population.

Keywords: Mortality. Kind of maternal death. Maternal mortality.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (1975) define a morte materna como "a morte de uma mulher durante a gestação, ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com a gravidez ou agravada pela mesma, ou a medidas tomadas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais" ¹. Posteriormente, a OMS, em 1995, por meio da 10ª Revisão do Código Internacional de Doenças- CID (1994)², introduziu o conceito de morte materna tardia como sendo "a morte de uma mulher por causas obstétricas diretas ou indiretas ocorridas entre 42 dias até um ano depois do término da gravidez" ³.

As causas obstétricas diretas resultam de complicações obstétricas relacionadas à gravidez, parto e puerpério, devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma seqüência de eventos resultantes de qualquer uma dessas situações (ex.: hemorragia, infecção puerperal, hipertensão, tromboembolismo, acidente anestésico). As causas obstétricas indiretas decorrem de doenças preexistentes ou que se desenvolvem durante a gestação (intercorrentes) e que não se devem a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação (ex.: cardiopatias, colagenoses e outras doenças crônicas)⁴.

Diante do alarmante número de casos de mortes maternas, principalmente, por causas obstétricas diretas, a Organização das Nações Unidas (ONU) colocou esta temática em sua agenda de prioridades em várias conferências mundiais sobre a saúde da mulher em diversas localidades do mundo⁵.

Um dos objetivos destas conferências consistiu em traçar metas com o intuito de reduzir o número de mortes maternas, visto que os índices ainda estão distantes dos desejáveis em vários países.

Os diferenciais regionais são muito grandes e eles podem ser atribuídos aos altos padrões socioeconômicos em países desenvolvidos, aos progressos da prática obstétrica, à utilização de novos métodos no tratamento das complicações decorrentes ou associadas ao ciclo gravídico-puerperal. Mas é, também, produto de longo e cuidadoso trabalho de observação e intervenções sobre a estrutura e organização dos serviços de saúde dirigidos à prevenção e tratamento da mortalidade materna⁶.

Na complexidade que é o estudo da mortalidade materna, que permite avaliar desde as questões sociais até o acesso aos serviços de saúde, variáveis sociodemográficas e econômicas se constituem em fatores explicativos relevantes principalmente porque os óbitos maternos ocorrem, em sua maioria, em mulheres de grupos étnicos menos favorecidos, classes sociais mais baixas, ou seja, com baixa escolaridade e baixos salários^{7,8}.

Os estudos tradicionais da mortalidade se baseiam em estimativas das taxas vitais a partir de dados registrados e de censos de população; seu emprego, portanto, se circunscreve com frequência a países desenvolvidos e a uns poucos países em desenvolvimento cujos registros são razoavelmente completos ou possuem integridade e exatidão adequadas. Em regiões onde os registros são deficientes, as estimativas ficam comprometidas e os estudos da mortalidade diferencial incrementam ainda mais dificuldades⁹.

Nos países menos desenvolvidos, a preocupação com os índices de mortalidade materna, salvo algumas iniciativas institucionais e individualizadas em alguns Estados, é bastante recente e iniciada a partir da década de 80, com o incentivo da OMS mediante seu programa *Safe Motherhood Initiative*. Este programa foi criado em 1987 a partir de um esforço conjunto das principais agências internacionais, objetivando despertar a consciência global para o impacto social da mortalidade materna em países pobres e desenvolver estratégias para sua redução até o ano 2000¹⁰.

No Brasil, algumas medidas também foram implantadas ao longo dos anos com o intuito de diminuir os índices de morte materna. O Ministério da Saúde criou em 1978 o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR)¹¹. Em 1983 é criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher- PAISM¹². Paralelamente a este período foram criados, os Comitês de Mortalidade Materna-CMM¹³ e a partir de 1988, o Ministério da Saúde implantou um conjunto de ações por meio de portarias ministeriais que, em seu conjunto, constituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)¹⁴. E em 2004, foi criado o Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal¹⁵.

Apesar de todos os avanços na assistência obstétrica durante o último século, a mortalidade materna ainda acompanha as mulheres durante o ciclo gravídico puerperal. Esta situação pode ser confirmada através da divulgação dos dados mais recentes acerca da mortalidade materna. Onde, a partir dos dados sem correção, a RMM oficial do país no ano de 2003 foi de 51,7/1000.000 n.v, distribuída em 41,7 para a região Sudeste, 52,7 para região Centro-Oeste, 51,3 para a região Sul, 56,9 para o Norte e 62,8 para o Nordeste¹⁶.

No estado da Paraíba, localizado na região Nordeste, a quantidade e a qualidade da informação sobre óbitos maternos são limitadas. Pelo menos dois trabalhos abordaram sobre o tema, os quais foram realizados nas décadas de 80 e 90. Na década de 80, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) apresentado era de aproximadamente 136,3 óbitos para cada 100.000 n.v., e na década de 90 os números ficaram em torno de 31,6 p/100.000 n.v¹⁷. Também, com valores obviamente subestimados, as estatísticas da SES-PB (Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba), revelam que a mortalidade materna entre os anos de 1999-2002 não apresentaram grandes variações e permaneceram com uma média de 30,6 p/100.000 n.v.¹⁸.

Em 1995, foi realizado um estudo na Paraíba, com a finalidade de analisar a mortalidade materna sob o ponto de vista das D.O (Declaração de óbito). De um total de 8003 óbitos femininos, foram

encontradas 21 mortes maternas, correspondendo desse total 85,7% às mortes obstétricas diretas e 14,2% às obstétricas indiretas. Não foram incluídas nesse valor as possíveis mortes maternas mascaradas¹⁹.

Embora se possa colocar restrições aos dados básicos de óbitos maternos da Paraíba e seus níveis correspondentes de mortalidade materna são de valia entender como se processam as inter-relações entre esta e alguns fatores sociodemográficos. O suposto é o de que, embora subestimados, os dados de óbitos maternos obtidos potencializam em si informações sinalizadoras para expressar a força e a dinâmica dessas relações.

Levando em consideração a escassez de estudos referentes á esta temática no Estado da Paraíba, este estudo tem por objetivo analisar as associações entre o tipo de óbito materno e as variáveis, grupo etário, escolaridade e raça para o Estado da Paraíba no período de 2000 a 2004.

METODOLOGIA

De acordo com estimativas do IBGE (2008), a população paraibana é de aproximadamente 3.742.606 habitantes, o que confere ao estado uma densidade de cerca de 64,52 hab./km².²⁰

Este trabalho se constitui em um estudo transversal, onde foram levantadas 116 declarações de óbitos maternos de mulheres residentes no Estado da Paraíba, no período de 2000 a 2004, mas para este estudo só foram disponibilizadas 109, tendo em vista a falta de informações das variáveis nas DO's para 7 delas. A delimitação destes anos se deu devido ao fato de serem os mais recentes disponibilizados pelo Secretaria Estadual de Saúde, Sistema de Informação de Mortalidade (SIM, 2004)²¹ e Sistema Nacional de Informações de Nascidos Vivos (SINASC, 2004)²² na ocasião da coleta dos dados para a pesquisa. Os dados referentes aos óbitos maternos

foram coletados por meio de um formulário (APÊNDICE 1) na Divisão de Informática da Secretária Estadual de Saúde do Estado da Paraíba.

Foram consideradas para estudo, as seguintes variáveis constantes nas DO's: idade, escolaridade e raça. É importante ressaltar que estas variáveis constaram no preenchimento de todos os 109 óbitos maternos levantados na secretaria do Estado da Paraíba.

Grupo etário: variável categórica classificada conforme as informações constantes na DO: 10-19 anos; 20-29 anos; 30-39 anos; 40-49 anos. Mas, levando-se em consideração que a adolescência é o período compreendido entre a infância e a idade adulta, caracterizada por intensas transformações anatômicas, fisiológicas, mentais e sociais²³ o grupo etário foi categorizado em ≤ 19 anos. Entre 20-34 anos, onde se concentra o maior contingente de mulheres expostas ao risco de morte materna por ser considerado o período de maior fecundidade e ≥ 35 anos, período que corresponde ao grupo etário de maior risco obstétrico²⁴.

Escolaridade: variável categórica, policotômica, observada em anos de estudos concluídos, classificada segundo as informações constantes na DO: Nenhuma, de 1 a 3 anos, de 4 a 7 anos, de 8 a 11 anos, de 12 e mais e ignorado. De acordo com a Lei de Diretrizes e bases nº 9.394 da educação no Artigo 32 foi determinado, "O ensino fundamental, com duração mínima de oito anos".²⁵ Para facilitar a análise estatística optou-se por categorizar esta variável em < 8 anos e ≥ 8 anos.

Raça: variável categórica classificada conforme as informações constantes na DO: branca, preta, amarela, parda e indígena. Para fim de análise estatística a raça foi categorizada em branca e não

branca, considerada nesta última categoria as pardas e as pretas. As demais classificações da raça não foram consideradas pela inexpressiva importância no montante total na Paraíba.

Tipo de óbito materno: foi categorizada considerando-se a CID-10², sendo as variáveis agrupadas em causas obstétricas diretas e indiretas.

Foram incluídas no estudo mulheres com idade entre 10 a 49 anos, residentes no estado da Paraíba, que foram a óbito devido a causas obstétricas diretas e indiretas, no período de 01/01/2000 a 31/12/2004.

Excluíram-se as mulheres que não residiam na Paraíba, e aquelas cujas causas eram referentes às mortes maternas tardias e mortes não obstétricas.

Os cruzamentos feitos com as variáveis foram obtidos a partir dos dados originais, os quais estão supostamente subestimados. Admite-se que os erros estariam essencialmente concentrados na magnitude dos níveis da mortalidade materna e que os padrões de comportamento dos dados preservam um potencial de representação que expressariam as características e poder de associação entre a mortalidade materna e as variáveis de estudo.

Todos os dados foram digitados em arquivo específico criado no programa Epi-Info 2000 para Windows, gerando-se assim um banco de dados que foi posteriormente utilizado para análise estatística através do programa estatístico SPSS. Logo em seguida, foram realizadas as distribuições de frequências, tabulações cruzadas entre as variáveis. Fez-se uso da análise bivariada e calculou-se o *odds ratio* (OR) com os respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% e o cálculo de significância estatística de associação, utilizando o Teste Qui-Quadrado. O

procedimento estatístico para o ajustamento dos potenciais efeitos de confusão foi o da regressão logística múltipla, gerando-se, assim, o *odds ratio ajustado*, *p-valor* e os intervalos de confiança.

O presente estudo respeitou as normas da resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa em seres humanos, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, com número de protocolo:1099.0.133.752-05.

RESULTADOS

De acordo com os dados pesquisados (Tabela 1), segundo os tipos de óbitos e as variáveis sociodemográficas tratadas neste estudo, observou-se que das 92 mortes por causas obstétricas diretas, os mais elevados percentuais ocorreram para mulheres pertencentes ao grupo etário entre 20-34 anos (54,3%) com menos de oito anos de estudo (81,5%) e cujas mortes representaram 70,7% mulheres de cor não branca. Das 17 mortes por causas indiretas, os percentuais nestas mesmas categorias de análise foram respectivamente 88,2% e 58,8% e 58,8%. Nesta categoria a mulher branca obteve maior percentual com 58,8%.

No conjunto, as mortes na idade entre 20-34 anos foram responsáveis por 59,6% do total de óbitos maternos. Como esperado, os 23,8% das mortes ocorridas na faixa etária de 35 anos ou mais foi superior aos 16,5% observados entre os jovens abaixo dos 20 anos.

Com relação à escolaridade, 81,5% das mortes por causas obstétricas diretas foram declaradas para mulheres que tinham uma escolaridade inferior a 8 anos de estudo. Para as mortes obstétricas indiretas, embora permanecesse predominante, o percentual caiu para 58,8%.

A Tabela 1 mostra que das 92 mulheres que foram a óbito por causa obstétrica direta 70,7% eram da raça não branca, enquanto que das 17 que morreram por morte obstétrica indireta, 58,8% eram da mesma raça.

Na Tabela 2, pode-se verificar com relação à faixa etária, que ao se realizar o Teste Qui-Quadrado individualmente para cada uma das faixas etárias extremas em relação à faixa etária intermediária (20-34 anos), os resultados evidenciaram que ao nível de 5% não houve significância estatística para a faixa etária ≤ 19 anos, porém uma associação significativa foi identificada para as mulheres com idade ≥ 35 anos. Para esta última faixa etária, a chance de óbito materno por causa obstétrica direta em relação a causa obstétrica indireta dessas mulheres foi aproximadamente de 7,7 vezes maior do que nas mulheres de idade entre 20-34 anos. Uma vez que houve contrastes nas significâncias dos extremos etários, procedeu-se a uma análise em conjunto, considerando as duas faixas etárias extremas (≤ 19 e ≥ 35), a qual evidenciou a existência de uma associação significativa com os tipos de óbito. A análise multivariada mostrou que isoladamente ou em conjunto, os valores dos odds ratio ajustados apontaram que, com 5% de significância, houve evidências estatísticas para sugerir que a mulher paraibana teve, no grupo etário ≤ 19 anos, durante o período estudado, cerca de 3,6 (IC 95% 2,05-23,65; p-valor 0,01) mais chances de morrer por causa materna obstétrica direta em relação a indireta do que na faixa etária dos 20-34 anos de idade. Na mesma relação os resultados foram: 9,0 (IC 95% 2,36-32,65; p-valor 0,02) vezes superior para a faixa ≥ 35 e 5,0 (IC 95% 1,96-17,89) vezes superior para o conjunto das idades extremas (≤ 19 e ≥ 35).

Conforme mostrado na Tabela 2, o teste de independência do $\chi^2_{cal} = 4,30$ evidenciou que houve uma associação significativa entre o tipo de óbito materno e a escolaridade das mulheres paraibanas no período de estudo ao nível de 5%. A análise bivariada mostrou associação estatisticamente significativa, revelando que a chance da mulher com baixa escolaridade (<8 anos) vir a óbito por causa obstétrica direta em relação a causa obstétrica indireta foi aproximadamente de 3,4 (IC 95% 1,15-9,02) vezes maior em relação às mulheres com mais de oito anos de escolaridade. Por sua vez, o modelo da análise multivariada mostrou que essa chance de morrer foi significativamente 2,5 (IC 95% 2,56- 12,23; p-valor 0,01) vezes mais elevada. Os

testes reforçam os indícios marcantes da distribuição de frequência de que as mulheres mais sujeitas às mortes maternas, não importando a causa, foram aquelas com baixa escolaridade.

Com relação a associação entre raça e tipo de óbito, os resultados revelam que não houve evidência estatística de associação significativa entre estas variáveis ao nível de 5% de significância. No entanto, a análise multivariada apresentou significância, apresentando uma chance de morte por causa obstétrica direta em relação às indiretas nas mulheres não brancas 1,9 (IC 95% 1,02-20,10; p-valor 0,04) vezes superior ao das mulheres brancas.

DISCUSSÃO

De acordo com as estatísticas oficiais, morreram 109 mulheres residentes na Paraíba, por problemas ligados à gestação, parto e puerpério, principalmente, por causa obstétrica direta⁽⁴⁻²⁶⁾, as quais são consideradas evitáveis e indicam na maior parte dos casos que as medidas e tecnologias relacionadas à assistência à saúde falharam (IBGE, 2007)²⁷.

Os estudos que abordam a mortalidade materna deixam claro que as estatísticas de óbitos representam, muitas vezes, praticamente o único instrumento para medir o nível de saúde da comunidade, mas é preciso também identificar agrupamentos de óbitos para elaboração de programas mais direcionados no sentido de tornar esta situação menos catastrófica, principalmente, quando os grupos mais vulneráveis residem em localidades onde a exposição ao risco é maior²⁸.

Esta situação é verificada no estado da Paraíba, cuja localidade é carente no que concerne aos serviços de saúde, onde se observou que o risco das mulheres paraibanas morrer por causa obstétrica direta na faixa etária menor que 19 anos e após os 34 anos foi maior do que nas demais idades, resultados estes que encontram consonância com outros estudos⁽⁴⁻⁵⁾. Mulheres muito jovens podem complicar pela imaturidade fisiológica e por uma série de patologias que são mais

comuns nessa faixa etária, enquanto que mulheres com mais idade tendem a evoluir desfavoravelmente por apresentarem patologias pregressas e/ou que compliquem durante a gestação²⁹.

Essas condições não só ocorrem no estado da Paraíba como podem ser vistas em outros estudos realizados⁴⁻²⁶⁻³⁰ em estados como Pernambuco, Rio de Janeiro, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Esta realidade expressa a deficiência na qualidade e cobertura da assistência prestada a mulheres adultas e/ou jovens adolescentes durante o ciclo gravídico puerperal.

Em muitas pesquisas a coleta referente a variável escolaridade nos formulários de estatísticas vitais, como SIM e SINSAC é pouco valorizada. Existe pouco investimento para melhorar a cobertura e qualidade do preenchimento dessa variável.

Estudo²⁹ realizado por Haidar sobre a Escolaridade materna e sua correlação com os indicadores obstétricos aponta que a baixa escolaridade aumenta o risco de mortalidade tanto para mãe como para o produto da concepção, pois está associada ao maior número de partos, a menores intervalos intergenésicos, à menor frequência ao pré-natal, à maior incidência de baixo peso ao nascer.

O risco de morte materna por causa obstétrica direta aumenta quanto menor for a escolaridade da mulher. Parece que quanto menos estudo, menor é o acesso à informação e menos conhecimentos sobre hábitos de saúde, principalmente, no que diz respeito à saúde reprodutiva³¹. Por ser a Paraíba um estado onde a maioria da população de mulheres é carente de acesso aos direitos reprodutivos, o número maior de casos de mortalidade materna recai sobre a classe menos favorecida.

Na Paraíba, os registros apontam que para cada 100 mulheres, 3 são negras, 53 pardas e 43 brancas. Considerando-se que as pardas são as que não assumem a sua negritude, isto é, morena,

cor-de-canela, e outras, a população de mulheres negras aumentaria de 3 para 56 em 100 mulheres³². Desse modo, o contingente de mulheres negras se torna maior do que o de brancas, gerando discriminação racial e desigualdades sociais em detrimento da subnotificação, quando o assunto se limita ao quesito cor. Porquanto se o Estado da Paraíba vivencia uma realidade difícil de ser superada, por causa do preconceito, cabe aos sistemas de informações na área de saúde encontrarem medidas para solucionar esta problemática, tendo em vista que conhecendo o perfil racial da população feminina, ter-se-á um melhor entendimento das doenças que podem ser contraídas durante o período gravídico puerperal³³.

Sabe-se que, por ser o Brasil um país caracterizado por grande miscigenação racial³⁴, é possível que muitas das pessoas que foram identificadas como brancas pelo profissional, que preencheu os dados nos prontuários dos estudos relacionados à morte materna, apresentem características raciais mais marcantes de outras raças. É possível que a delimitação racial tenha dificultado uma associação significativa entre a raça e a idade, os quais poderiam justificar a obtenção de um resultado diferente do observado na literatura.

Por outro lado, os dados socioeconômicos disponíveis já indicam que a maioria das negras encontra-se com uma taxa de analfabetismo que é o dobro das brancas e que as mesmas têm menor acesso aos serviços de atenção ginecológica e assistência obstétrica, seja no pré-natal, parto ou puerpério⁴.

No que diz respeito ao tipo de morte materna, alguns estudos⁶⁻⁸ indicam que a morte obstétrica direta é mais freqüente em mulheres negras. As causas de morte materna estão relacionadas à predisposição biológica das negras para doenças como a hipertensão, fatores relacionados à dificuldade de acesso, à baixa qualidade no atendimento recebido, à falta de ações e capacitação

de profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres negras estão sujeitas³⁵.

A Paraíba, dentre outros estados brasileiros, também se requisita a implantação de programas mais efetivos que tenham como objetivo reduzir o número de mortes maternas, pois, como se sabe, muitas dessas mortes não são mais consideradas como naturais, mas sim evitáveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada na Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba, aponta para a necessidade de melhoria da assistência pré-natal nos estabelecimentos de saúde do estado, por meio da implantação de programas mais efetivos que tenham como objetivo não só reduzir o número de mortes maternas, pois, como se sabe, muitas dessas mortes não são mais consideradas como naturais, mas sim evitáveis.

De acordo com os dados coletados, a pesquisa evidenciou que as mulheres negras, de baixa escolaridade, com idade abaixo dos 19 anos e acima dos 34 anos de idade e que foram a óbito por morte obstétrica direta se constituíram nos grupos mais vulneráveis da população. Elas continuam morrendo, principalmente, por causas obstétricas diretas.

Em função deste quadro, é importante que sejam realizados estudos futuros baseados em registros hospitalares, os quais poderão explorar melhor as variáveis que estão interligadas com as situações de mortalidade materna, visto que grande parte das declarações não continham informações sobre outras variáveis suficientes para mostrar uma situação mais fidedigna da mortalidade materna no estado da Paraíba. Além disso, o tema ainda é pouco explorado no meio

acadêmico, dificultando dessa forma respostas mais efetivas que possam contribuir para a resolutividade dos problemas de saúde que atingem as mulheres durante o ciclo gravídico puerperal.

REFERÊNCIAS

1. Armstrong S, Royston E. Preventing Maternal Deaths. Genebra: WHO; 1989
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). CID – 10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10ª rev. São Paulo: EDUSP; 1996.
3. WHO (World Health Organization). Recommended Definitions, Standards and Reporting Requirements for ICD-10 Related to Maternal Mortality. Geneva: WHO; 1989.
4. Costa AAR, Ribas MSSS, Amorim MMR, Santos LC. Mortalidade Materna na Cidade do Recife. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2002; 24 (7):455-62.
5. Ribas MSSS. Fatores prognósticos para óbito materno por pré eclâmpsia/eclâmpsia na cidade do Recife: estudo de caso controle [dissertação]. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP); 2003.
6. Faúndes A, Cecatti JG, Bacha AM, Pinotti JÁ. Intervenções para a redução da mortalidade materna. Rev Paul Méd 1989; 107: 47-52.
7. Martins AL. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2006, 22(11): 2473-2479.

8. Martins AL. Diferenciais raciais nos perfis e indicadores de mortalidade materna para o Brasil. In: XIV Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Caxambu: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2004.
9. Paes, NA. Qualidade das estatísticas de óbitos por causas desconhecidas dos Estados brasileiros. Rev. Saúde Pública. 2007, 41(3):436-445.
10. Mahler H. The safe motherhood initiative: a call to action. Lancet 1987; 1: 68-70.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Programa de Prevenção da Gravidez de Alto-Risco. Normas para a identificação e controle dos riscos reprodutivos, obstétrico e da infertilidade no Programa de Saúde Materno-Infantil. Brasília. 1978.
12. Mandú ENT. Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual - Brasil, século XX. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2002;10:358-371.
13. OPS. Organización Panamericana de la Salud. OMS. Organización Mundial de la Salud. CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Maternas en las Américas. Guía para la vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna. Washington, D.C.: OPS/Geneva: OMS/Atlanta: CDC; 1992.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher, Brasília; 2000.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Progmáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral á saúde da mulher: plano de ação: 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

16. Ministério da Saúde. SVS. 2003. Saúde Brasil 2004. Uma análise da situação de saúde, 1ª edição. Brasília-DF, Brasil.
17. Bezerra G.M. S. Mortalidade materna no estado da Paraíba-1980-1988. João Pessoa, 1990.
18. Paraíba. Secretaria de Saúde. Sistemas de Informações sobre Mortalidade. RMM no estado no período de 1999-2002. Joao Pessoa, 2003.
19. Lima Júnior AF, Aragão, AC, Sousa ESS. Situação da mortalidade materna no estado da Paraíba. Anais do V Encontro de Iniciação Científica da UFPB, 1997.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Banco de dados por estado. IBGE, 2008. Disponível em: www.ibge.gov.br (Acessado em 20/01/08).
21. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade [CD-ROM]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
22. Ministério da Saúde. Indicadores básicos de Saúde. <http://www.datasus.gov.br> (acessado em 12/ Nov/2004).
23. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los adolescentes y los jóvenes en las Américas: escribiendo el futuro. Washington: OPS; 1995. (Comunicación para la Salud, 6).
24. Costa AAR, Ribas MSSS, Amorim MMR, Santos LC. Mortalidade Materna na Cidade do Recife. Rev. Bras. Ginecol. Obstet 2002; 24 :455-62.
25. Brasil. _____. Lei n. 9.394, 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 1996.

26. Laurenti R, Mello Jorge MHPM, Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2004; 7:449-460
27. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População: Tábuas Completas de Mortalidade. 2007b [acesso em 5 set 2007]; URL:<http://www.ibge.gov.br>.
28. Donalísio MR. A informação e o município. *Saúde Debate* 1993; 39:64-9.
29. Haidar FH, Oliveira UF, Nascimento LFC. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. *Cad saúde Pública.* 2001;17(4).
30. Costa JV, Kale PL, Costa AJL, Theme-Filha MM. Análise da Mortalidade materna no município do Rio de Janeiro. *Anais do XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais Caxambu-MG, Caxambu: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2006.*
31. Hernandez B, Langer A, Romero M, Chirinos, J. Factores asociados a la muerte materna hospitalaria en el estado de Morelos, México. *Salud Pública de México,* 1994.
32. Santana AH. Movimento Negro da Paraíba. Cartilha: Maria Joana, 1999.
33. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico (Brasil e Estados): XI recenseamento geral do Brasil, Rio de Janeiro, 2000.
34. Vesentini JW. Sociedade e Espaço. São Paulo:Ática; 1996.
35. Batista L.E. Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte. Araraquara (SP), 2002. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

TABELAS

Tabela 1. Número e porcentagem de óbitos maternos por tipo de óbito segundo grupo etário, escolaridade e raça/cor. Estado da Paraíba, 2000-2004.

Variável	Tipo de óbito				Total	
	Obs.Direta Nº	%	Obs. Indireta Nº	%	Nº	%
Idade						
≤ 19	17	18,5	01	5,9	18	16,5
20-34	50	54,3	15	88,2	65	59,6
≥ 35	25	27,2	01	5,9	26	23,8
Total	92	100,0	17	100,0	109	100,0
Escolaridade						
< 8 anos	75	81,5	10	58,8	85	78,0
≥ 8 anos	17	18,5	07	41,2	24	22,0
Total	92	100,0	17	100,0	109	100,0
Raça/Cor						
Não Branca	65	70,7	07	41,2	72	66,1
Branca	27	29,3	10	58,8	37	33,9
Total	92	100,0	17	100,0	109	100,0

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba

Tabela 2: Odds ratio, intervalo de confiança, qui-quadrado e significância não ajustados e ajustados pela regressão logística, segundo variáveis sociodemográficas de mulheres residentes do estado da Paraíba, 2000-2004.

Variável	Odds ratio (não ajustado)	Intervalo Confiança (95%)	Qui- Quadrado	Odds ratio (ajustado)	Intervalo Confiança (95%)	p valor
Idade						
≤ 19	5,33	0,83-42,23	2,78	3,55	2,05-23,65	0,01*
20-34	1,00	-	-	1,00	-	-
≥ 35	7,74	1,01-59,65	4,74*	9,02	2,36-32,65	0,02*
≤19 e ≥35	6,42	1,47-28,99	6,85*	4,98	1,96-17,89	0,02*
Escolaridade						
≥8 anos	1,00	-	-	1,00	-	-
<8 anos	3,42	1,15- 9,02	4,30*	2,52	2,56- 12,23	0,00*
Raça						
branca	1,00	-	-	1,00	-	-
Não branca	0,79	0,26-2,19	0,35	1,89	1,02-20,20	0,04*

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba

* Significativo $p \leq 0,05$

4 COMENTÁRIOS, CRÍTICAS E CONCLUSÕES

A proposta inicial desta tese tratou de explorar a temática mortalidade materna, cujo título original referiu-se às características da mortalidade materna no estado da Paraíba. O objetivo foi centrado em analisar as variáveis sociodemográficas das mulheres que foram a óbito por morte materna e fazer uma associação com variáveis clínicas e causas básicas, mas esta idéia não foi bem sucedida tendo em vista que as declarações de óbitos não dispunham de informações suficientes para gerar conclusões mais fidedignas sobre esta temática.

A duvidosa qualidade no preenchimento das variáveis clínicas ou a falta delas nas DO's e as dificuldades em obtê-las em outras fontes travaram o andamento da pesquisa, a qual foi redirecionada para um estudo de associação dos tipos de óbitos com variáveis sociodemográficas (idade, raça e escolaridade) oriundas exclusivamente das DO's já que estas foram as únicas variáveis com uma cobertura de preenchimento satisfatória.

Com adicionais explorações das variáveis disponíveis foi possível realizar uma pesquisa acerca da mortalidade materna e desigualdades sociais, motivando uma investigação sobre associação entre raça e variáveis sociodemográficas no estado da Paraíba no período de 2000 a 2004. Este estudo foi apresentado no exame de qualificação do Doutorado do PPGCSA e, na seqüência, o mesmo foi submetido para publicação na Revista de Enfermagem da USP intitulado “*Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre raça e variáveis sociodemográficas*”.

As idéias expostas neste artigo serviram como base para realizar um outro estudo associando o tipo de óbito materno de mulheres residentes no estado da Paraíba com variáveis sociodemográficas no período de 2000 a 2004; sendo o mesmo transformado em artigo e submetido para a Revista Brasileira Saúde Materno Infantil com o título: “*Mortalidade materna no estado da Paraíba, 2000-2004*”.

A exploração dos relacionamentos entre variáveis derivou para uma outra investigação que consistiu em um olhar retrospectivo sobre as políticas de saúde da mulher no país enfocando a saúde materna. A trajetória traçada permitiu destacar as conquistas adquiridas desde os anos 80 ao longo dos anos, período que desencadeou importantes marcos na questão da saúde da mulher. Esta análise permitiu reconhecer que, mesmo passados sessenta anos do reconhecimento da declaração dos direitos humanos, em 1948, a população feminina brasileira, e em particular a paraibana, ainda carece de melhorias nas condições de saúde, sendo esta situação retratada pelo elevado número de mortes maternas ocorridas durante o ciclo gravídico puerperal.

Transformado em artigo, sob forma de revisão bibliográfica, o estudo foi submetido e aceito para publicação na Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos, o qual foi intitulado: ” *Direitos femininos no Brasil: um enfoque à saúde materna*”.

Outros artigos realizados, de abrangência nacional e estadual, retratam que a saúde das mães paraibanas não é diferente das dos outros estados brasileiros como pode ser constatado em outros estudos^{4,21,25}. Elas continuam convivendo com precárias condições de saúde, fazendo com que a Razão de Mortalidade Materna corrigida (59,2 p/100.000 n.v.) no período de 2000 e 2004 no Estado da Paraíba seja considerada elevada.

Com base neste e em outros resultados obtidos ao longo desta investigação, foram desenvolvidos alguns trabalhos científicos apresentados em eventos como o VII Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2008, e no IV Congresso IMIP de Saúde da Mulher e da Criança, 2007.

Como desdobramento desta tese, o próximo passo será a participação em grupos de pesquisas, particularmente nas instituições de ensino como a UNESC Faculdades e nas Faculdades Integradas de Patos, ambas da Paraíba. Enquanto estes grupos não são criados, atividades estão sendo postas em prática na forma de orientações de monografias de graduação, as quais algumas estão em andamento como: a situação da mortalidade materna na Maternidade Dr.

Peregrino Filho na cidade de Patos e a Incidência de mortes maternas no Hospital Amigo da Criança -CLIPSI localizado na cidade de Campina Grande-PB.

Levando em consideração que esta temática é escassa na literatura paraibana e necessária, esta tese traz contribuições originais ao tratar da questão da raça e variáveis sociodemográficas em um período recente. As explorações realizadas atenderam aos critérios exigidos pelo programa o qual está voltado para multidisciplinaridade, favorecendo a integração entre várias profissões, com o envolvimento de pesquisadores das áreas de epidemiologia, saúde pública, estatística e demografia, porquanto pesquisas desta natureza poderão motivar estudos mais desagregados, como, por exemplo, nos hospitais gerais e amigo da criança e produzir investigações sobre as causas básicas de óbitos maternos regionais. Trabalhos também podem ser elaborados para explorar as dificuldades apresentadas pelos médicos e sua motivação quanto ao preenchimento das DO's.

Espera-se, assim, que esta investigação possa servir como subsídios para os gestores de saúde em suas práticas e políticas de saúde no sentido de investir em medidas de assistência à saúde como, também, na qualidade dos dados. Esta situação também exige ações nas políticas públicas com o objetivo de melhorar o sistema de estatísticas vitais, a vigilância e o monitoramento das mortes maternas ocorridas na Paraíba e no Brasil.

5 REFERÊNCIAS

1. Piovesan F. Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional. São Paulo: Saraiva. 2006.
2. Linhares L. As Conferências das Nações Unidas influenciando a mudança legislativa e as decisões do Poder Judiciário. In: Seminário “Direitos Humanos: Rumo a uma jurisprudência da igualdade”, Belo Horizonte, de 14 a 17 de maio de 1998.
3. Jornal da Redesaúde. Informativo da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Nº 20 – maio 2000. São Paulo, 2000.
4. Haidar FH, Oliveira UF, Nascimento LFC. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. Cad saúde Pública. 2001;17(4).
5. Costa JV, Kale PL, Costa AJL, Theme-Filha MM. Análise da Mortalidade materna no município do Rio de Janeiro. Anais do XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais Caxambu-MG, Brasil, de 18 a 22 de setembro de 2006.
6. Costa AM. Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil. IN: Giffin K, Hawker S. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. (p.455-467).
7. Osis MJM. Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção. Dissertação (Mestrado)- Universidade Estadual de Campinas, Campinas.1994.
8. Mandú ENT. Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual - Brasil, século XX. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.10, n.3. maio/jun.2002

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual para a organização da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde. 1999
10. Araujo MJO. Campanha Internacional contra morte maternal completa 13 anos. Jornal da Rede saúde. Informativo da Rede Nacional Feminista de Saúde e direitos reprodutivos. São Paulo, 2000.
11. Banco Mundial.Organización Mundial de La Salud –OMS; Fundo das Nações Unidas para a Infância-UNFPA.La prevención de La tragedia de las muertes maternas. Conferencia Internacional sobre la mortalidade materna, 1987, Nairobi, Kenia.Informe.
12. Organización Panamericana de La Salud-OPS. Organización Mundial de La Salud-OMS. Plan de acción regional de La mortalidade materna en las Americas.IN:XXIII Conferência Sanitária Panamericana. Washington, D.C.:OPS/OMS, 1990.
- 13.Tanaka ACD’A. Dossiê da Mortalidade Materna. São Paulo: Rede nacional feminista de saúde, direitos sexuais e direitos reprodutivos. <http://www.redesaude.org.br> (Acessado em 12 de out de 2002).
14. PERNAMBUCO – SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE-PORTARIA N 087/95, DE 26 DE SETEMBRO DE 1995. Redução da mortalidade materna. Diário Oficial do Estado de Pernambuco de 26 set 1995.
15. PARAÍBA. Governo do Estado. Secretaria de saúde. Núcleo materno-Infantil. Comitê Estadual para Redução da Mortalidade Materno-Infantil. Livro de Ata do Comitê/1993. João Pessoa, 1993.

16. PARAÍBA. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. Núcleo materno-Infantil. Comitê Estadual para Redução da Mortalidade Materno-Infantil. Livro de Ata do Comitê/2000. João Pessoa, 2000.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de programas de saúde. Coordenação Materno Infantil-COMIN. Plano de ação para redução da mortalidade materna. Brasília, DF, 1995.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 256. Estabelece o óbito materno como evento de notificação compulsória. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, DF, 1998.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Área técnica saúde da Mulher. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. Vol.2. n.1, 2002.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Política nacional de Humanização. Humaniza SUS. Brasília, DF, 2001.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral a saúde da mulher. Plano de ação 2004-2007. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de ações programáticas em saúde. Ministério da saúde. Brasília-DF, 2004.
22. Calza CR. Aspectos da mortalidade materna em um serviço de saúde credenciado ao SUS, no município de Criciúma – SC. universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC Curso de Medicina, 2006.
23. Laurenti R, Mello-Jorge MHP, Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. Rev Bras Epidemiol 2004; 7(4):449-60.
24. Soares VMN, Azevedo EMM, Watanabe, Terezinha L. Subnotificação da mortalidade materna no Estado do Paraná, Brasil: 1991-2005. Cad. Saúde Pública 2008; 24(10):2418-2426.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção. à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final-Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

26. Martins AL. Diferenciais raciais nos perfis e indicadores de mortalidade materna para o Brasil. In: XIV Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Caxambu: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2004.

27. Fang, J, Madhavan S, Alderman H. Mortality maternal in New York city: excess mortality of black women. Journal of urban health: Bulletin of the New York Academy of Medicine. 2000; 77 :735-44.

Apêndices

APÊNDICE 1: Protocolo Padrão

APÊNDICE 1**PROTOCOLO PADRÃO****1. Características Sociodemográficos das mulheres que foram a óbito****1.1 Idade**

< 15 anos 15 -24 anos 25 -34 anos 35 -44anos 45-54 anos Não informado ignorado

1.2 Profissão/ ocupação: _____

1.3 Escolaridade (em anos de estudo)

Sem instrução 1-3 4-7 8-11 +12

1.5 Domicílio de Procedência (por mesoregião)

mata agreste borborema sertão

1.6 Estado Civil

Solteiro Casado união consensual não informado ignorado

1.7 Raça

Branca Preta Amarelo Parda Ignorado

2. Dados do óbito**2.1 A morte ocorreu durante a gravidez, parto e puerpério**

sim não não informado ignorado

2.2 A morte ocorreu durante o puerpério

sim até 42 dias sim de 43 dias até 1 ano sim não ignorado

2.3. Local do óbito

Domiciliar Hospitalar vila pública outro estabelecimento de saúde

2.4 Recebeu assistência médica na doença que ocasionou a morte

sim não não informado

2.5 Tipo de óbito materno

Obstétrico direto Obstétrico Indireto Morte obstétrica não especificada

morte tardia ignorado

2.6 Causa básica do óbito: _____

ABSTRACT

The present thesis articulated the areas of knowledge of Epidemiology, Public Health, Demography and Statistics. Two strategies have been drawn for this investigation: on the one hand, we tried to tell the trajectory of female rights in health in Brazil, from the after-war period till the present days; on the other hand, we aimed to analyze the maternal death differentials and its associations, with the sociodemographic variables of women that lived in the state of Paraíba, in the period between 2000 and 2004. The explorations due to these objectives resulted in the production of three approaches. In the first, we proceeded a retrospective look on the women's health policies of our country and its regional unfolding, focusing on maternal health. The analysis recognized that, in spite of all the conquests acquired by women since the eighties, the Brazilian female population, especially the women from Paraíba, still needs improvement in the health conditions, a situation that is reported by the high number of maternal death that has occurred in the past few years. We also tried to show the effort of the official systems on the fight for the improvement on the data quality, recognized, in the national datebook, as been a great recent concern. In the second, one objective was to identify the associative power between the races of the women living in the state of Paraíba and some sociodemographic variables. Results showed that there have been significant signs that the non white women from Paraíba had greater chances of dying than the white ones with low education level and by direct obstetrics death. In the third approach, we focused on the kind of maternal death, which objective was to analyze associations between the kind of maternal death and the variables: age group, schooling and race, in the period between 2000 and 2004. The tests showed that the women from Paraíba are five times more likely to die for direct or indirect obstetrical death under the age of 20 and over the age of 34. The results suggest that the Afro-Brazilian women, with low school degree and under the age of 20 years old and over 34 years old constitute the most vulnerable group of the population.

Key-words: mortality; maternal death; women's health.

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](#)