

MORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL ENTRE 1998 E 2012 NA MICRORREGIÃO DE BARBACENA

WOMEN MORTALITY IN FERTILE AGE BETWEEN 1998 AND 2012 IN THE BARBACENA MICROREGION

Lais Rayana de Oliveira Carvalho*, Leda Marília Lucinda Fonseca**, Marco Túlio Castro Coelho***, Marcela Gonçalves de Souza Machado****, Marina Bartolomeu de Carvalho*****, Carlos Eduardo Leal Vidal*****

RESUMO

Objetivos: O objetivo deste trabalho foi caracterizar as causas de mortes de mulheres entre 10 e 49 anos na microrregião de Barbacena, Minas Gerais, no período de 1998 a 2012, focalizando também a mortalidade materna. Método: Estudo transversal. Os dados foram coletados utilizando o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) do DATASUS. Foram selecionadas as seguintes variáveis: ano, idade, raça/cor, estado civil, escolaridade, causa básica do óbito e nascidos vivos. Os dados foram processados nos programas Excel e SPSS 17.0 e apresentados em gráficos e tabelas. Resultados: O coeficiente médio de mortalidade de mulheres em idade fértil no período foi de 130 óbitos por 100 mil mulheres. Morreram mais mulheres no período estudado na faixa de 40 a 49 anos, por doenças cardiovasculares, seguidas de neoplasias. Foram observadas mais mortes nas solteiras, de menor escolaridade. Quanto à raça, as negras tiveram mais óbitos relacionados ao ciclo gravídico puerperal. Conclusão: Percebeu-se a importância em conhecer o perfil de mortalidade nessa faixa etária, tanto para possíveis intervenções na redução da mortalidade quanto no planejamento e estabelecimento de prioridades das políticas de saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE

Mortalidade. Morbidade. Microrregião Barbacena. Mulheres em idade fértil.

ABSTRACT

Objectives: The aim of this study is to characterize the women death causes between 10 and 49 years old at the micro-region of Barbacena, Minas Gerais between 1998 and 2012, also focusing on maternal mortality. Methods: Cross-sectional study. The data were collected using "Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)" and "Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC)" from DATASUS. Year, age, race/color, marital status, education, cause of death and live births were selected as variables. The data were processed in Excel and SPSS 17.0 programs and presented in graphs and tables. Results: The mortality rate of women in fertile age in the period was 130 deaths for 100 thousand women. More women died in the studied period between 40 and 49 years because of cardiovascular diseases, followed by neoplasm diseases. The deaths were bigger in singles and women with less scholaryty. Dealing with race, black women had more deaths related with the pregnancy-puerperal cycle. Conclusion: It was realized the importance of knowing the mortality profile in this age group, because with that, it is possible to make interventions in reducing mortality and to plan and prioritize the public health policies.

KEYWORDS

Mortality. Morbidity. Micro-region Barbacena. Women in fertile age.

Correspondence author: Leda Marília Fonseca Lucinda. ledamarilia@yahoo.com.br. Rua Johann Strauss70, São Pedro, Juiz de Fora, MG, CEP: 36036-647. Telefone: (032) 2102-3212.

* Faculdade de Medicina de Barbacena. Acadêmica de Medicina. laisdoc@gmail.com.

** Universidade Federal de Juiz de Fora; Faculdade de Medicina de Barbacena. Doutora. ledamarilia@yahoo.com.br

*** Faculdade de Medicina de Barbacena. Acadêmica de Medicina. marcotulioastro@gmail.com

**** Faculdade de Medicina de Barbacena. Acadêmica de Medicina. marcelagsmachado@gmail.com

***** Faculdade de Medicina de Barbacena. Acadêmica de Medicina. marinabartolomeu@gmail.com

***** Faculdade de Medicina de Barbacena; Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena; Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Doutor. celv@uol.com.br

Received: 01/2016

Accepted: 03/2016

1 INTRODUÇÃO

A população de mulheres em idade fértil, entre 10 e 49 anos de idade, representa uma parcela importante da população geral e constitui fração considerável da força produtiva do país (BRASIL, 2012b). A sua participação no mercado de trabalho tem apresentado significativa progressão. Em função dessa mudança no comportamento das mulheres, ocorreram também mudanças nos seus hábitos e costumes, tornando esse segmento cada vez mais

exposto a novos riscos de adoecer e morrer (CARDOSO; FAÚNDES, 2003).

As principais causas de óbito na população feminina brasileira são as doenças cardiovasculares, seguida pelas neoplasias, doenças respiratórias, endócrinas e nutricionais (BRASIL, 2012b).

Na faixa etária a partir dos 30 anos, as doenças do aparelho circulatório e neoplasias são as causas mais frequentes de óbitos. Já nas menores de 10 anos predominam as afecções perinatais, e entre mulheres de 10 a 29 anos de idade as causas externas, como acidentes e agressões (RIQUINHO; CORREIA, 2006).

Nos anos 2000 e 2010 foram registrados, respectivamente, 393.398 e 487.137 óbitos de mulheres, observando-se aumento de 4,56 para 5,00 óbitos por mil mulheres na taxa bruta de mortalidade. Quando se consideram as taxas padronizadas, ocorreu redução de 4,24 para 3,72 óbitos por mil mulheres. Essas diferenças refletem o envelhecimento da população feminina brasileira (RIQUINHO; CORREIA, 2006).

A mortalidade materna também é considerada um importante indicador da realidade social de um país (MARTINS, 2006) e representa um parâmetro do acesso da mulher à assistência à saúde e a adequação desse sistema em responder às suas necessidades. Os dados sugerem valores mais elevados nas mulheres com baixa renda, pouca escolaridade, da raça negra e com pouco acesso à assistência (REDE..., 2008). Outros fatores de risco incluem idade materna mais elevada, o tipo de ocupação, o número reduzido de consultas pré-natal, a ausência de companheiro e as condições prévias de saúde (REDE..., 2008; OMS, 1994; BATISTA; ALMEIDA; MORITA; VOLOCHKO; REA, 2000; LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2006).

A morte materna é definida como a morte de uma mulher ocorrida durante a gravidez, aborto, parto ou até 42 dias após o parto ou aborto, independente da duração ou da localização da gravidez. Pode ser atribuída a causas relacionadas ou agravadas pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. A mortalidade materna é calculada pela razão entre o número de mortes de mulheres por causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério e o número de nascidos vivos (CARDOSO; FAÚNDES, 2003; LEITE; ARAÚJO; ALBUQUERQUE; ANDRADE; NETO, 2011).

As estatísticas de mortalidade são alguns dos indicadores mais utilizados na saúde pública para avaliar a situação de saúde, definir prioridades e alocação de recursos e avaliar o impacto de intervenções.

Assim, o objetivo deste projeto é o de verificar o perfil da mortalidade de mulheres em idade fértil na microrregião de Barbacena e analisar os resultados, considerando indicadores estaduais e nacionais.

2 MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal com o objetivo de descrever a tendência da mortalidade em mulheres de 10 a 49 anos entre 1998 e 2012, na microrregião de Barbacena. A microrregião compreende uma população aproximada de 240.000 habitantes.

2.1 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Mulheres de 10 a 49 anos (aqui consideradas mulheres em idade fértil – MIF), residentes na microrregião de Barbacena, no período de 1998 a 2012.

2.2 VARIÁVEIS DE ESTUDO

Faixa etária com os seguintes intervalos de classe: 10 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49 anos; estado civil; raça; escolaridade; causa básica do óbito, número de partos e número de nascidos vivos.

2.3 TEMPO

Foram considerados os óbitos ocorridos no período de 1998 a 2012.

2.4 CAUSA BÁSICA DA MORTE

Foi utilizada a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID), considerando os capítulos, agrupamentos ou categorias da CID 10.

2.5 FONTE DE DADOS

Os dados de mortalidade foram coletados do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/Ministério da Saúde). No mesmo *site* foi possível coletar dados de população residente, cujo banco de dados é alimentado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O número de nascidos vivos, necessário para calcular as razões de mortalidade materna, foi coletado do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC/Ministério da Saúde). Foram selecionadas as seguintes

variáveis: idade, raça/cor, estado civil, escolaridade, causa básica do óbito, número de partos e número de nascidos vivos (NV).

2.6 ANÁLISE DOS DADOS

A taxa de mortalidade geral bruta foi calculada dividindo-se o número de óbitos ocorridos na microrregião no período considerado no estudo pela população do mesmo local e período e multiplicando-se por 100 mil. A mortalidade proporcional foi calculada como a porcentagem de óbitos de mulheres em determinada categoria em relação ao total de óbitos de mulheres registrados no período. Esse indicador foi calculado por grupos de causas definidas, bem como segundo faixas etárias determinadas. Para o cálculo da mortalidade proporcional, foram excluídas as “causas maldefinidas”, selecionadas a partir de todos os óbitos notificados, excluindo-se os fetais, em que a causa básica de morte foi classificada no capítulo XVIII do CID-10, “Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte”, compreendendo as categorias entre R00 e R99. Foram calculadas taxas brutas de mortalidade específicas para as principais causas de óbito de mulheres, determinadas como as causas que representaram as maiores proporções de óbitos no ano de 2010. A razão de mortalidade materna foi calculada a partir dos dados de nascidos vivos em cada período considerado, utilizando-se fator de correção de 1,4 (LAURENTI; MELLO; GOTLIEB, 2004).

Após levantamento dos dados, os mesmos foram armazenados eletronicamente em planilhas do Excel, processados por meio do *software* SPSS-17.0. Foi realizada estatística descritiva para caracterização da amostra segundo variáveis de interesse do estudo e construídas tabelas para distribuição de frequências e médias para as variáveis. Foi utilizado o teste do qui-quadrado para variáveis categóricas. O nível de significância adotado foi de 5%.

3 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa proposta no presente projeto atendeu à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, das diretrizes e das normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) sob o número 497479.

4 RESULTADOS

No período de 1998 a 2012, ocorreram 22.027 mortes de indivíduos de ambos os sexos e de todas as idades na microrregião de Barbacena. No mesmo período, ocorreram 9.795 óbitos de mulheres (44,5%) e, entre estas, 1.359 foram de mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos, o que representou 13,9% dos óbitos femininos.

O coeficiente médio de mortalidade de mulheres em idade fértil no período foi de 130 óbitos por 100 mil mulheres (com variação de 111 a 161). Os coeficientes de mortalidade anuais e discriminados por faixa etária estão apresentados na Tabela 1, na qual se observa elevação tanto da taxa bruta quanto no grupo de mulheres com idade entre 40 e 49 anos e redução nos demais grupos etários. Porém, a análise temporal das taxas de mortalidade nas séries históricas não mostrou tendências estatisticamente significantes ($p > 0,05$).

Tabela 1: Distribuição dos coeficientes de mortalidade de acordo com a faixa etária, em anos – óbitos por 100 mil mulheres, microrregião de Barbacena, 1998 a 2012.

Ano do óbito	Taxa bruta	10 a 29	20 a 29	30 a 39	40 a 49
1998	111	35	111	126	217
1999	135	15	66	166	395
2000	137	73	80	154	282
2001	116	15	62	141	301
2002	139	36	73	134	378
2003	123	30	44	167	303
2004	161	40	88	177	407
2005	113	15	32	129	336
2006	133	15	59	155	367
2007	126	38	63	117	309
2008	129	22	52	127	340
2009	143	33	73	194	289
2010	123	27	55	67	251
2011	118	32	50	97	302
2012	138	32	82	97	352
Coeficientes médios	130	31	66	43	322

Fonte: DATASUS.

As principais causas de mortalidade foram as relacionadas às doenças cardiovasculares (37,9%), seguidas pelas neoplasias (14,8%), doenças respiratórias (13,8%) e mortes

por causas externas (8,5%). Na distribuição percentual das mortes por faixa etária, essa ordem se altera, conforme apresentado na Tabela 2. As causas mal definidas de morte representaram 8,1% do total. Entre as mortes causadas por doenças do aparelho cardiovascular, predominaram os acidentes vasculares cerebrais (34,6%) e o infarto agudo do miocárdio (27,1%). Os tumores do trato digestivo (23,5%) e os da mama (16,0%) foram as neoplasias mais frequentes. Para o sistema respiratório ocorreram mais mortes por pneumonia (58,3%).

Tabela 2: Mortalidade proporcional por grandes grupos de causas de acordo com grupo etário, microrregião de Barbacena, 1998 a 2012.

Faixa etária em anos	Grupos de causas	%
10 a 19	Causas externas	40,2
	Neoplasias	12,2
	Doenças do aparelho respiratório	11,0
	Doenças neurológicas	7,3
	Gravidez, parto e puerpério	6,1
20 a 29	Causas externas	17,9
	Doenças respiratórias	13,3
	Doenças cardiovasculares	12,7
	Gravidez, parto e puerpério	12,7
	Doenças do sistema nervoso	9,1
30 a 39	Doenças cardiovasculares	25,2
	Causas externas	18,8
	Neoplasias	18,5
	Doenças respiratórias	9,6
	Doenças infecciosas e parasitárias	8,9
40 a 49	Doenças cardiovasculares	34,4
	Neoplasias	22,0
	Doenças do aparelho digestivo	8,6
	Causas externas	7,4
	Doenças respiratórias	7,1

Fonte: DATASUS.

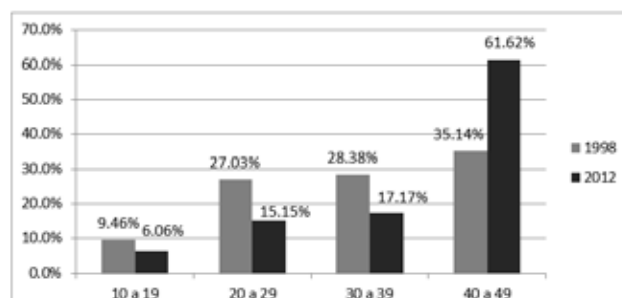
Entre as causas externas de mortalidade, os acidentes de transporte compreenderam 49,2% das mortes, seguidos pelos óbitos causados por lesões autoprovocadas (20,3%).

No período estudado, ocorreram 38 mortes por suicídio e 70% delas ocorreram entre as idades de 30 e 49 anos.

Com relação ao local da ocorrência, 69% das mortes ocorreram em hospitais, seguido por domicílio (16,9%) e vias públicas (7,7%). Para as causas externas, as mortes ocorreram em hospitais (39,0%), vias públicas (38%) e domicílio (13,9%).

No período estudado, a população de mulheres em idade fértil cresceu em torno de 8%, mas o único grupo etário que exibiu crescimento expressivo foi o de mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos, que teve aumento de 44,3%. Para os grupos de 20 a 29 e 30 a 39 anos, o crescimento foi, respectivamente, de 1,5% e 5,4%. Com relação ao grupo de 10 a 19 anos, observou-se diminuição de 6,3%. Paralelamente, o percentual das mortes de acordo com as faixas etárias foi mais alto no grupo de mulheres com idade mais elevada, que também exibiu os maiores coeficientes de mortalidade de acordo com a faixa etária. Esses dados são apresentados no Gráfico 1.

Gráfico 1: Mortalidade proporcional por idade e variação do percentual de mortes por faixa etária nos anos de 1998 e 2012, microrregião de Barbacena, MG.



Fonte: DATASUS.

Com relação ao estado civil, observaram-se mais mortes nas mulheres solteiras (45,2%) e nas casadas (39,3%), seguidas pelas viúvas e separadas (5,7% cada). Com exceção das mulheres separadas, entre as quais ocorreram mais mortes por neoplasias (24,7%), nas outras categorias a principal causa de mortalidade foram as doenças do aparelho circulatório, especialmente nas viúvas (37,2%). A segunda maior causa de óbito nas mulheres casadas e nas viúvas foram as doenças cardiovasculares e, nas solteiras, as mortes por causas externas (16,8%).

Quanto à escolaridade, mulheres com escolaridade de até sete anos tiveram maior número absoluto de mortes, causadas em primeiro lugar pelas doenças cardiovasculares, seguidas pelas neoplasias. Aquelas com escolaridade superior a oito anos tiveram menor número de mortes,

causadas em primeiro lugar por neoplasias esguidas pelas causas relacionadas ao aparelho cardiovascular e causas externas. No entanto, na maior parte das mortes não havia informação sobre o nível de escolaridade.

Com relação à raça, as mulheres foram divididas em dois grupos, brancas e não brancas. Considerando-se a mortalidade proporcional, não houve diferença entre as cinco principais causas de morte entre os dois grupos. No entanto, a distribuição percentual das mortes exibiu algumas diferenças, conforme apresentado na Tabela 3, destacando-se que as mortes relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal contribuem com percentual mais elevado nas mulheres não brancas. Para 7,9% das mortes não havia informação sobre cor da pele.

Tabela 3: Mortalidade proporcional por grandes grupos de causas de acordo com a raça, microrregião de Barbacena, 1998 a 2012.

Raça	Grupos de causas (Posição)	%
Branca	Doenças cardiovasculares (1º)	23,6
	Neoplasias (2º)	19,8
	Causas externas (3º)	18,0
	Doenças respiratórias (4º)	7,9
	Gravidez, parto e puerpério (10º)	1,3
Não branca	Doenças cardiovasculares (1º)	30,1
	Neoplasias (2º)	13,7
	Causas externas (3º)	12,3
	Doenças respiratórias (4º)	10,2
	Gravidez, parto e puerpério (10º)	3,5

Fonte: DATASUS.

Durante os anos de 1998 a 2012 ocorreram 43.847 nascimentos, sendo 20.692 por parto vaginal e 23.066 por parto cesáreo. Para 89 partos não havia informação. A Razão de Mortalidade Materna diminuiu de 132/100 mil NV para 54/100 mil NV. Ocorreram 29 mortes maternas, sendo 24 por causas diretas, predominando nas faixas etárias de 30 a 39 anos (41,4%) e de 20 a 29 anos (37,9%).

5 DISCUSSÃO

Este estudo foi realizado baseado nos bancos de dados do DATASUS no período de 1998 a 2012, caracterizando as causas de morte de mulheres entre 10 e 49 anos de idade na microrregião de Barbacena, Minas Gerais. Um fator limitante de estudos cujas fontes são bases de

dados é a influência sofrida pelas incorreções técnicas no preenchimento de declarações de óbito (GIL; SPONHOLZ, 2013). Por esse motivo, há certo prejuízo da confiabilidade das informações colhidas. Entretanto, é válido ressaltar que está ocorrendo uma melhora gradativa quanto à confiabilidade dos dados, devido a uma consolidação e qualificação progressiva deles (DRUMOND; FRANÇA; MACHADO; VASCONCELOS, 2009; LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004).

O percentual de mortes com causas não definidas foi de 8,1%, inferior ao observado em Minas (12,3%).

No presente estudo, as principais causas de morte de mulheres em idade fértil foram as doenças cardiovasculares, seguindo o padrão nacional. Da mesma forma, as neoplasias aparecem como segunda causa de mortalidade (BRASIL, 2012a). Entre as causas de doenças do aparelho cardiovascular, predominaram os acidentes vasculares cerebrais e o infarto agudo do miocárdio, também seguindo o padrão nacional (GOTTLIEB; CRUZ; BODANESE, 2008). Os tumores do trato digestivo e os da mama foram as neoplasias mais frequentes. Em âmbito nacional, predomina o câncer de mama, seguido pelos cânceres de colo uterino, cólon e reto (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005).

O não aparecimento do câncer do colo de útero em segundo lugar pode significar uma melhora da cobertura do exame colpocitológico, utilizado como rastreamento. As causas respiratórias, que apareceram em terceiro lugar em Barbacena (13,8%), seguem o padrão nacional (12,4%) e da região Sudeste (13,5%) (BRASIL, 2012b).

A elevada proporção das mortes por causas externas, que representa a principal causa de morte entre as adolescentes, corresponde ao cenário de toda a América Latina (ALBUQUERQUE; CECATTI; HARDY; FAÚNDES, 1998). Em Barbacena, a principal causa externa de mortalidade foram os acidentes de transporte, seguidos pelas lesões autoprovocadas. Em âmbito nacional, as mortes em consequência de acidentes de trânsito são também a primeira dentre essas causas, seguidas, entretanto, por homicídios e suicídios, diferente do que se observou na região estudada.

Considerando as diversas regiões do estado de Minas Gerais, apenas nas macrorregiões Oeste e Centro Sul, onde se localiza a microrregião de Barbacena, o número de suicídios é superior ao de homicídios. Em Barbacena, considerando ambos os sexos, o número de suicídios é 25% maior que o número de homicídios (VIDAL; GOMES; LASMAR; LEITE; MARIANO; SILVA, 2014). Para as mulheres na

faixa etária pesquisada, o número de suicídios no período foi 70% maior que o de homicídios. Pesquisa recente sobre taxas de suicídio em municípios brasileiros apontou Barbacena, com coeficiente médio de 8,8 óbitos por 100 mil habitantes, o 4º maior coeficiente em cidades da Região Sudeste com população entre 100 e 200 mil habitantes (MARÍN-LEÓN; OLIVEIRA; BOTEGA, 2012).

A distribuição da mortalidade proporcional foi comparável à observada em Minas Gerais (MG), com exceção do verificado para as causas ginecológicas e obstétricas. Enquanto em Minas essas causas ocupam a 10ª posição para a faixa etária dos 10 aos 19 anos e correspondem a 2,3% do total de mortes, na microrregião de Barbacena elas representam a 6ª causa, respondendo por 6,1% das mortes. Para a faixa etária dos 20 aos 29 anos, as causas ginecológicas e obstétricas representam a 6ª causa de morte em âmbito estadual (4,9%), enquanto na microrregião esse percentual é mais elevado e corresponde a 12,7% do total.

Torna-se importante relatar que o perfil das causas de morte se alterou de forma importante nas últimas décadas no Brasil. Perderam importância as causas relacionadas às doenças parasitárias e infecciosas devido às melhoras nas condições sanitárias e ao desenvolvimento de drogas e vacinas, bem como a desnutrição, o que pode ser justificado por uma melhora das condições socioeconômicas do país. Houve uma melhora na assistência ao parto e maior acessibilidade ao acompanhamento pré-natal, o que justifica a redução de mortalidade por causas reprodutivas. Por outro lado, ganharam importância as doenças não transmissíveis, especialmente as crônicas-degenerativas, devido ao aumento da sobrevivência da população. Esse fenômeno é denominado transição epidemiológica e se caracteriza pela substituição das enfermidades tradicionais pelas não transmissíveis. As mortes por causas externas também aumentaram, tornando-se grande problema de saúde pública (BRASIL, 2012a; BATISTA; ALMEIDA; MORITA; REA; VOLOCHKO, 2000).

Com relação ao estado civil, foram observadas mais mortes nas mulheres solteiras em relação às casadas, viúvas e separadas. Segundo o Ministério da Saúde (2011), o aumento do número de famílias de baixa renda sustentadas e comandadas exclusivamente por mulheres solteiras aumenta a sobrecarga de responsabilidade e estresse de tal grupo, o que gera como consequência o agravamento da morbidade e mortalidade (GIL, 2012).

Entre 1998 e 2012, foram registrados 9.975 óbitos em mulheres, o que corresponde a 44,5% do total. A mortalidade masculina é superior à feminina em todas as idades, causas e regiões do Brasil, de modo que a esperança de vida feminina é sempre maior que a masculina, o que se repete na microrregião de Barbacena. Isso pode ser explicado por fatores biológicos e comportamentais. São consideradas vantagens biológicas a ação hormonal, a constituição genética e a atividade do sistema imune. Outro motivo da menor expectativa de vida nos homens está relacionado aos comportamentos assumidos por essa classe, como abuso de álcool, alimentação não saudável, agressividade, direção perigosa, sobrecarga de estresse (BRASIL, 2012a).

Quanto à raça, as mulheres foram divididas em brancas e não brancas. Notou-se equivalência entre as cinco principais causas de morte entre os dois grupos. No entanto, as mortes relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal contribuem com percentual bem mais elevado nas mulheres não brancas. Segundo estudo de Martins e Tanaka, em 2000, foi constatada maior razão de mortalidade materna entre as mulheres negras (MARTINS; TANAKA, 2000).

Possivelmente, tal diferença pode ser justificada por fatores biológicos das negras, como a maior predisposição a doenças como a hipertensão e pré-eclâmpsia, e sociais, como o acesso a serviços de saúde e a qualidade destes (BATISTA, 2002; RIBAS, 2003).

A mortalidade materna é um indicador que notadamente expressa a qualidade de vida da população. Portanto, a importância em analisar suas tendências ao longo dos anos é traduzida na possibilidade de esses dados serem usados para embasar a implementação de políticas de saúde. De acordo com os achados deste estudo, entre 1998 e 2012 houve uma redução de 59% da razão de mortalidade materna: de 132 para 54 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Essa porcentagem, apesar de não significativa estatisticamente, foi maior se comparada à redução da razão de mortalidade materna nacional no período de 1990 a 2010, que foi de 51% (BRASIL, 2012a). É possível perceber que a redução da mortalidade materna obteve importantes avanços, porém os esforços devem ser mantidos e aumentados para que seja alcançada a meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que é reduzir em três quartos, até 2015, a razão de mortalidade materna, objetivo legitimado pelo Fundo de População para a Infância (UNICEF) (HADDAD; SILVA, 2000). Quanto às causas de morte materna, a maioria deve-se às causas obstétricas diretas: 82,75%, o que segue a tendência no Brasil, que foi 67% entre 1990 e 2012, e

na América Latina (LAURENTI; GOTLIEB; JORGE, 2004; HADDAD; SILVA, 2000). Porém, foi possível notar a maior expressividade de tal porcentagem em Barbacena. O predomínio de mortalidade materna nas faixas etárias de 20 a 29 anos (37,9%) e de 30 a 39 anos (41,4%) deve ser interpretado ponderando-se que é nesse período que ocorre a maioria das gestações.

Por constituírem a maior parte da população feminina e pela sua grande importância social e econômica, as mulheres em idade fértil necessitam de atenção nas agendas de saúde, tanto federais quanto locais, visando a promoção da qualidade de vida e acesso a serviços de saúde de excelência. A partir dessa necessidade, percebemos a importância em conhecer o perfil de mortalidade nessa faixa etária, tanto para possíveis intervenções na redução de tais índices quanto no planejamento e estabelecimento de prioridades das políticas de saúde pública. É necessário, portanto, que os gestores em saúde e o Estado deem a devida atenção a esse grupo no Sistema Único de Saúde, observando suas condições de vida e demandas específicas (MARÍN-LEÓN; OLIVEIRA; BOTEGA, 2012).

6 CONCLUSÃO

Em Barbacena, no período estudado, as mulheres morreram mais por causas cardiovasculares, seguidas de neoplasias e, em terceiro lugar, por causas respiratórias. Percebeu-se a importância em conhecer o perfil de mortalidade nessa faixa etária, tanto para possíveis intervenções na redução da mortalidade quanto no planejamento e estabelecimento de prioridades das políticas de saúde pública.

7 REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, R. M.; CECATTI, J. G.; HARDY, E. E.; FAÚNDES, A. Causas e fatores associados à mortalidade de mulheres em idade reprodutiva em Recife, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, p. S41-S48, 1998.
- BATISTA, L. E. **Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte**. 2002. 262f. Tese (Doutorado)–Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araraquara, 2002.
- BATISTA, L. E.; ALMEIDA, M. A. S.; MORITA, I.; VOLOCHKO, A.; REA, M. F.; De que adoecem e morrem as mulheres em São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 9, p. 17-47, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Mortalidade feminina no Brasil: evolução no período de 2000 e 2010**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e de evidências**. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2012a. p. 305-323.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Mortalidade materna no Brasil: principais causas de morte e tendências temporais no período de 1990 a 2010**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e de evidências**. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2012b. p. 347-356
- CARDOSO, P. M.; FAÚNDES, A. Mortalidade de mulheres em idade fértil devido a causas externas no município de Cascavel, Paraná, Brasil, 1991 a 2000. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2.241-2.248, 2003.
- DRUMOND, E. F.; MACHADO, C. J.; VASCONCELOS M. R.; FRANÇA, E. Utilização de dados secundários do SIM, Sinasc e SIH na produção científica brasileira de 1990 a 2006. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v.26, p. 7-19, 2009.
- GIL, M. M. **Estudo da mortalidade de mulheres em idade reprodutiva no município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil**. 2012. 44f. Dissertação. (Mestrado)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2012.
- GIL, M. M.; SPONHOLZ, F. A. G. Declarações de óbitos de mulheres em idade fértil: busca por óbitos maternos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 3, p. 333-337, 2013.
- GOTTLIEB, M. G. V.; CRUZ, I. B. M. da; BODANESE, L. C. Origin of the metabolic syndrome: genetic, evolutionary and nutritional aspects. **Sci. med.**, v. 18, n. 1, p. 31-38, 2008.
- GUERRA M. R.; GALLO, C. V. M.; MENDONÇA, G. A. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 5, p. 227-234, 2005.
- HADDAD, N.; SILVA, M. B. Mortalidade feminina em idade reprodutiva no estado de São Paulo, Brasil, 1991-1995: causas básicas de óbito e mortalidade materna. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, p. 64-70, 2000.
- LAURENTI, R.; MELLO, J. M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 449-460, 2004.
- LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. A confiabilidade dos dados de mortalidade e morbidade por doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9 p. 909-920, 2004.

- LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna**: relatório final. Editora do Ministério da Saúde, Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2006. 126 p.
- LEITE, R. M. B.; ARAÚJO, T. V. B.; ALBUQUERQUE, R. M.; ANDRADE, A. R. S.; NETO, P. J. D. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1.977-1.985, 2011.
- MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H. B.; BOTEGA, N. J. Suicide in Brazil, 2004-2010: the importance of small counties. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v.32, p.351-359, 2012.
- MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2.473-2.479, 2006.
- MARTINS, A. L.; TANAKA, A. C. A. Mulheres negras e mortalidade materna no estado do Paraná, 1993 a 1998. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v.10, p. 27-38, 2000.
- MORAES, A. P. P.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A.; GOLINO, O. S.; COSTA, J. E.; VASCONCELOS, M. X. Severe maternal morbidity: a case-control study in Maranhão, Brazil. **Reproductive Health**, London, v. 10, p. 1-8, 2013.
- OMS (Organização Mundial de Saúde). Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10). 10. rev. São Paulo: Edusp, 1994.
- REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.
- RIBAS, M. S. S. **Fatores prognósticos para óbito materno por pré-eclâmpsia/eclâmpsia na cidade do Recife**: estudo de caso controle. 2003. 78f. Dissertação (Mestrado)–Instituto Materno Infantil de Pernambuco, Recife, 2003.
- RIQUINHO, D. L.; CORREIA, S. G. Mortalidade materna: perfil sócio-econômico e causal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n.3, p. 303-307, 2006.
- TEIXEIRA, G. R. A.; FERNANDES, R. C.; ARAÚJO, P. E.; SCARAMUCCI, Z. F.; TADAO, F. M. V.; BOLINI, C. M. Avaliação da mortalidade por causas externas. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v.39, p.263-267, 2012.
- VIDAL, C. E. L.; GOMES, C. B.; MARIANO, C. A.; LEITE, L. M. R.; SILVA, R. A.; LASMAR, S. C. Perfil epidemiológico do suicídio na microrregião de Barbacena, Minas Gerais, no período de 1997 a 2012. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, p. 158-164, 2014.