



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA



NATHALIE MENDES ESTIMA

**MORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL E MATERNA NA
POPULAÇÃO INDÍGENA DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

RECIFE

2015

NATHALIE MENDES ESTIMA

**MORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL E MATERNA NA
POPULAÇÃO INDÍGENA DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Integrado em Saúde Coletiva – PPGISC, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Epidemiologia.

Linha de pesquisa: Morbimortalidade e qualidade de vida.

Orientadora: Prof^a Dra. Sandra Valongueiro Alves

RECIFE

2015

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Gláucia Cândida, CRB4-1662

E81m Estima, Nathalie Mendes.
Mortalidade de mulheres em idade fértil e materna na população indígena do Estado de Pernambuco / Nathalie Mendes Estima. – Recife: O autor, 2015.
126 f.: il. ; 30 cm.

Orientadora: Sandra Valongueiro Alves.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, 2015.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Mortalidade Materna. 2. Polpulação Indígena. 3. Sistemas de Informação. I. Alves, Sandra Valongueiro (Orientadora). II. Título.

614

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2016-017)



**ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO, DO PROGRAMA
DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO, NO DIA 31 DE AGOSTO 2015**

PROPE-SC
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS
E PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO



No dia 31 (trinte e um) de agosto de dois mil e quinze (2015), às 09h, na sala de cortiça do PPGISC da Universidade Federal de Pernambuco, em sessão pública, teve início a defesa de Dissertação intitulada: “Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil e Materna na População Indígena do Estado de Pernambuco” do(a) aluno(a) Nathalie Mendes Estima, na área de concentração Saúde Coletiva, sob a orientação do(a) Prof(a) Sandra Valongueiro Alves. O mestrando(a) cumpriu todos os demais requisitos regimentais para a obtenção do grau de Mestre em Integrado em Saúde Coletiva. A Banca Examinadora foi indicada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, na sua Reunião Ordinária e homologada pela Diretoria de Pós-Graduação, através do Processo nº 23076.033676/2015-96 em 11/08/2015, composta pelos Professores: Ana Cláudia Rodrigues, do Departamento de Antropologia e Museologia da UFPE (membro externo); Thalia Velho Barreto de Araújo, do Departamento de Medicina Social da UFPE (membro interno) e Sandra Valongueiro Alves, do Hospital das Clínicas da UFPE (membro interno). Após cumpridas as formalidades, o candidato foi convidado a discorrer sobre o conteúdo da Dissertação. Concluída a explanação, o(a) candidato(a) foi argüido pela Banca Examinadora que, em seguida, reuniu-se para deliberar e conceder ao mesmo a menção, _____ da referida Dissertação. E, para constar, lavrei a presente Ata que vai por mim assinada, Secretário de Pós-Graduação, e pelos membros da Banca Examinadora.

Recife, 31 de agosto de 2015.

José Moreira de Oliveira
Secretário do PPGISC

BANCA EXAMINADORA

Profª. Ana Cláudia Rodrigues

Profª. Sandra Valongueiro Alves

Profª. Thalia Velho Barreto de Araújo

*Aos meus pais, pelo amor, pela dedicação, e por
me ensinar que não há riqueza maior que o
conhecimento.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, que em sua imensa sabedoria, me conduziu por um caminho de luz até aqui;

Aos meus pais, Adairton e Anamarise, pelo amor, pela dedicação e pela educação, que deram a mim e aos meus irmãos. Levarei sempre comigo seus ensinamentos;

Ao meu irmão, Arik companheiro de todos os momentos, pessoa mais próxima a mim durante toda esta caminhada, pela presença, pela compreensão, pelo amor e pelo carinho;

Ao meu irmão, Ádamo e à minha cunhada, Emmanuela, que mesmo distantes, me acompanharam e souberam compreender a minha ausência;

Aos amigos, Margarida Maria e João Vitor, que estiveram ao meu lado durante o processo seletivo para o curso, pelas palavras de incentivo, apoio e carinho, pessoas especiais;

Aos integrantes da coorte 2013 do PPGISC, pelos ricos momentos de construção do conhecimento; e à amiga Karine Kamila, pelo companheirismo dentro e fora da sala de aula;

Aos professores, em especial a professora Thália, que me acompanhou durante o estágio de docência, e me ensinou que ser professor é, sobretudo, uma questão de amor;

Aos funcionários do PPGISC, representados por Moreira, pela dedicação ao curso e alunos;

Á banca de qualificação, professoras Solange e Ana Cláudia, pelas valiosas contribuições no processo de construção do projeto;

Á minha orientadora, Sandra, pela amizade, pelas preciosas palavras nos momentos certos, pela paciência, pela dedicação, e, sobretudo, por me fazer acreditar que seria possível;

Á amiga Manuella, exemplo de vida, com quem muito aprendi, pelo incentivo e pelo apoio;

Á SES-PE, em especial a GMVEV, Patrícia, Cândida, Bárbara e Idalacy, pelo carinho e pelos laços familiares que renovamos diariamente;

Ao DSEI Pernambuco, especialmente Ana Paula e Débora, pela paciência e disponibilidade;

Ás minhas amigas Grazielle, Taysa e Raíza pela amizade que mesmo distante, permanece;

E a todos os familiares e amigos que direta ou indiretamente participaram de mais esta etapa, agora concluída, meus sinceros agradecimentos!

RESUMO

Introdução: Apesar de avanços observados após a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no Brasil em 1999, a saúde do povo indígena se mantém com muitos dos problemas vivenciados pela população em geral, dentre estes, a saúde das mulheres em idade reprodutiva. Em paralelo, informações confiáveis sobre a situação de saúde desses grupos populacionais são incipientes, dificultando a construção e limitando o uso de indicadores capazes subsidiar o desenvolvimento de políticas públicas específicas. **Objetivo:** Analisar a mortalidade de mulheres em idade fértil (MIF) e materna da população indígena do estado de Pernambuco, no período de 2006 a 2012. **Método:** Trata-se de estudo descritivo exploratório, para o qual realizou-se um *linkage* entre informações dos óbitos de MIF raça/cor indígena do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e relatórios gerados a partir da qualificação deste quesito pelo DSEI Pernambuco no módulo de investigação SIM-Web. Os óbitos de MIF e maternos foram classificados por causa básica, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças 10 Revisão (1993), e os óbitos maternos analisados segundo o modelo dos três atrasos, proposto por Thaddeus e Maine (1994). **Resultados:** Obteve-se um banco composto por 115 óbitos de MIF, dos quais 41,7% estavam subinformados como indígena ao SIM e 70,4% eram de mulheres aldeadas. A maior proporção dos óbitos ocorreu entre as mulheres da faixa etária mais elevada, com baixa escolaridade, agricultoras e solteiras. As principais causas de óbito foram as doenças do aparelho circulatório, seguidas das causas externas, neoplasias e causas maternas. Identificaram-se dez óbitos maternos (05 por causas obstétricas diretas e 05 obstétricas indiretas), cujos atrasos se deram principalmente nas Fases II e III. **Conclusões:** Os resultados mostram o *linkage* entre bancos de dados como ferramenta essencial capaz de possibilitar o conhecimento dos óbitos de MIF e maternos indígenas subinformados e a construção do perfil de mortalidade da população estudada. As mortes por causas maternas representam importante causa de óbito nessa população e se mostram com padrão semelhante às mortes de mulheres da zona rural do estado, resultantes de dificuldades de acesso oportuno e da desorganização da rede de atenção obstétrica como um todo.

Palavras-chave: Mortalidade materna. População indígena. Sistemas de informação.

ABSTRACT

Introduction: Despite advances made after the creation of the Subsystem of the Indigenous Healthcare in Brazil in 1999, the health of indigenous people remains with many of the problems experienced by the general population, among them, the health of women of reproductive age. In parallel, reliable information on the health situation of these population groups are incipient, hindering the construction and limiting the use of capable indicators to support the development of specific public policies. **Objective:** To analyze the mortality of women of childbearing and motherly age (MIF) of the indigenous population of the state of Pernambuco, from 2006 to 2012. **Method:** It is an exploratory descriptive study, for which it was held one linkage between deaths information of MIF indigenous race/color from *Mortality Information System* (MIS) and reports generated from the qualification of this question by DSEI Pernambuco in the SIM-Web research module. The MIF and maternal deaths were classified by underlying cause, according to the *International Classification of Diseases* 10th Revision (1993), and maternal deaths analyzed according to the model of the three delays proposed by Thaddeus and Maine (1994). **Results:** A bank composed of 115 deaths of MIF was obtained, of which 41.7% were sub-informed as the indigenous to SIM and 70.4% were villatic women. The highest proportion of deaths occurred among women of older age, low education, farmers and single. The main causes of death were cardiovascular diseases, followed by external causes, neoplasms and maternal causes. Ten maternal deaths were identified (05 by direct obstetric causes and 05 indirect obstetric ones), whose delays took place mainly in Phases II and III. **Conclusions:** The results show the linkage between the databases as an essential tool which can enable knowledge of MIF deaths and maternal indigenous sub-informed and the construction of the mortality profile of the studied population. Deaths from maternal causes represent an important cause of death in this population and show themselves with similar pattern to the deaths of women from rural areas of the state, resulting from timely access difficulties and disorganization of obstetric care network as a whole.

Keywords: Maternal mortality. Indigenous peoples. Information systems.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Tipo e local de ocorrência do parto segundo raça/cor. Pernambuco 2006-2012.....	26
Tabela 2 -	Distribuição do número de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos e RMM, segundo ano de ocorrência. Pernambuco, 2006-2012.....	41
Tabela 3 -	Distribuição proporcional dos óbitos de mulheres em idade fértil indígenas segundo características sociodemográficas. Pernambuco 2006-2012.....	62
Tabela 4 -	Distribuição proporcional dos óbitos de mulheres em idade fértil indígenas segundo características do óbito. Pernambuco 2006-2012.....	65
Tabela 5 -	Distribuição proporcional dos óbitos de mulheres em idade fértil indígenas segundo principais grupos de causas básicas de óbitos, de acordo com a CID-10. Pernambuco, 2006-2012.....	69
Tabela 6 -	Distribuição dos óbitos maternos segundo características sociodemográficas. Pernambuco 2006-2012.....	70
Tabela 7 -	Distribuição dos óbitos maternos indígenas segundo características da assistência pré-natal. Pernambuco, 2006-2012.....	72
Tabela 8 -	Distribuição dos óbitos maternos indígenas segundo tipo e local de ocorrência do parto. Pernambuco, 2006-2012.....	73
Tabela 9 -	Distribuição dos óbitos maternos indígenas segundo características relacionadas ao óbito. Pernambuco 2006-2012.....	74

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Mapa da distribuição espacial dos DSEI, Brasil.....	20
Figura 2 -	Esquema de organização do DSEI e modelo assistencial.....	21
Figura 3 -	Esquema de funcionamento do módulo de investigação SIM-Web.....	31
Figura 4 -	Mapa do estado de Pernambuco segundo a rede político-administrativa de saúde.....	42
Figura 5 -	Mapa de localização do DSEI Pernambuco.....	43
Figura 6 -	Mapa da distribuição espacial dos municípios e das respectivas etnias que compõem o DSEI Pernambuco.....	44
Figura 7 -	Fluxo da informação para o Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.....	46
Figura 8 -	Fluxograma para elaboração do banco de dados de MIF da pesquisa.....	49
Figura 9 -	<i>The Three Delays Model</i>	58
Figura 10 -	Mapa da distribuição espacial do número de óbitos de MIF indígenas segundo município de residência.....	63
Figura 11 -	Mapa de fluxo da distribuição do número de óbitos de MIF indígenas segundo município de ocorrência em relação ao município de residência de origem.....	64
Figura 12 -	Mapa de fluxo da distribuição do número de óbitos maternos indígenas segundo município de ocorrência em relação ao município de residência de origem.....	71
Gráfico 1 -	Distribuição proporcional dos óbitos de mulher em idade fértil indígenas segundo etnias. Pernambuco, 2006-2012.....	64
Gráfico 2 -	Distribuição proporcional dos óbitos de mulheres em idade fértil indígenas segundo principais causas básicas de óbito agrupadas por capítulos da CID-10. Pernambuco 2006-2012.....	66

Gráfico 3 -	Distribuição dos grupos de causas básicas de óbitos de mulheres em idade fértil indígenas, agrupadas por capítulos da CID-10, segundo faixa etária. Pernambuco, 2006-2012.....	67
Gráfico 4 -	Distribuição dos óbitos maternos indígenas segundo paridade. Pernambuco, 2006-2012.....	71
Quadro 1 -	Distribuição da população indígena por município de residência segundo situação de domicílio (urbano/rural). Brasil, 2010.....	19
Quadro 2 -	Principais características demográficas das etnias indígenas. Pernambuco, 2015.....	22
Quadro 3 -	Distribuição proporcional da população indígena por município de residência segundo situação de domicílio (urbano/rural). Pernambuco, 2010.	43
Quadro 4 -	Variáveis relacionadas às características socioeconômicas e demográficas....	50
Quadro 5 -	Variáveis relacionadas ao óbito.....	51
Quadro 6 -	Variáveis relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal.....	52
Quadro 7 -	Óbitos maternos indígenas conforme os critérios de atraso/demora propostos por Taddeus e Maine (1994). Pernambuco, 2006-2012.....	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Agente Indígena de Saúde
CASAI	Casa de Apoio à Saúde do Índio
CEEMM-PE	Comitê Estadual de Estudos sobre a Mortalidade Materna de Pernambuco
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Edição
CMG	Coeficiente Geral de Mortalidade
CMM	Comitês de Mortalidade Materna
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONDISI	Conselho Distrital de Saúde Indígena
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DN	Declaração de Nascido Vivo
DO	Declaração de Óbito
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
EMSI	Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
FNS	Fundação Nacional de Saúde
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GERES	Gerência Regional de Saúde
GT	Grupo Técnico
GT-CEEMM	Grupo Técnico do Comitê Estadual de Estudos sobre Mortalidade Materna
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
IML	Instituto de Medicina Legal
MIF	Mulheres em Idade Fértil
NV	Nascidos vivos
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PSF	Programa da Saúde da Família
RAMOS	Reproductive Age Mortality Survey
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para Saúde
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SES-PE	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SEVS	Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde
SIASI	Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIS	Sistema de Informações em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbitos
TFT	Taxa de Fecundidade Total
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	18
2.1 Saúde da população indígena.....	18
2.2 Sistema de Informações e Vigilância do óbito de mulheres em idade fértil e materna	26
2.3 Mortalidade de mulheres em idade fértil e materna.....	32
2.4 Raça/Cor	37
3. OBJETIVOS.....	40
3.1 Objetivo Geral.....	40
3.2 Objetivos Específicos	40
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	41
4.1 Desenho do estudo	41
4.2 Área do estudo	41
4.3 População e Período do estudo	44
4.4 Procedimentos técnicos.....	45
4.5 Produção dos dados	47
4.5.1 Variáveis de estudo	50
4.5.2 Razão de Mortalidade Materna (RMM).....	55
4.6 Análise dos dados	56
4.7 Aspectos éticos	59
4.8 Limites do estudo.....	59
5. RESULTADOS	61
5.1 Caracterização dos óbitos de mulheres em idade fértil indígenas	61
5.2 Caracterização dos óbitos maternos indígenas	70
5.3 Razão de Mortalidade Materna na população indígena.....	74
5.4 Análise dos óbitos maternos indígenas	75
6. DISCUSSÃO	79
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICE A	103
ANEXO A.....	106

ANEXO B	107
ANEXO C	108
ANEXO D	111
ANEXO E.....	113
ANEXO F.....	121
ANEXO G.....	122

1. INTRODUÇÃO

As mulheres em idade reprodutiva correspondem a uma parcela significativa da população brasileira. Além de estarem inseridas de forma importante no mercado de trabalho, se mantêm como elementos estruturantes de suas famílias, e muitas vezes nas comunidades onde vivem, sejam estas urbanas ou rurais (BANDEIRA; MELO; PINHEIRO, 2008). Semelhante a outros grupos populacionais no país, as condições de vida dessas mulheres são avaliadas por indicadores de morbimortalidade, por serem os de maior cobertura e disponibilidade em nível nacional. O conhecimento de quantas morrem, as principais causas de óbito, e como essas se distribuem entre os diferentes grupos de mulheres por faixa etária, é fundamental para o planejamento e intervenções de atenção à saúde voltadas para esta fração considerável da população (ALBUQUERQUE et al., 1998).

Em 2012, no Brasil, 16,0% dos óbitos ocorridos na população feminina estavam distribuídos entre a faixa etária que compreende de 10 a 49 anos, ou seja, classificados como óbitos de mulheres em idade fértil (MIF). Este percentual de óbitos em mulheres jovens é indicativo de falhas na assistência à saúde, passíveis de serem evitadas, e podem estar relacionadas ao modo como essas mulheres vivem, trabalham, ocupam o espaço e vivenciam as desigualdades de classe, gênero e raça/cor. As MIF que vivem em regiões menos desenvolvidas estão mais expostas ao risco de adoecer e morrer que àquelas dos países desenvolvidos (GIL, 2012).

Entre os óbitos de MIF estão aqueles cuja causa da morte está relacionada ao período gravídico-puerperal, definidos como óbitos maternos pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Estes óbitos se caracterizam como violação aos direitos humanos, pois são evitáveis em 92,0% dos casos. A grande maioria dos óbitos maternos (99,0%) ocorre em regiões mais pobres e/ou com maiores níveis de desigualdades, e os indicadores de mortalidade materna constituem ferramentas importantes para avaliar as condições de vida e de saúde das pessoas residentes em determinados países ou regiões (BRASIL, 2009a).

Embora tenha sido observado declínio na Razão de Mortalidade Materna (RMM) em todo mundo a partir de meados dos anos 40, com maior queda nas últimas décadas (-1,2% ao ano, entre 1990 e 2013), a mortalidade materna ainda representa um grande problema de saúde pública, principalmente nas regiões Subsaariana e no sul da Ásia (KASSEBAUM et al.,

2014). A qualidade da informação (cobertura dos sistemas de informação e registro adequado das causas de morte) constitui um elemento fundamental para seu controle e monitoramento, pois permite avaliar a magnitude do problema a ser enfrentado. No entanto, nem sempre a qualidade dos dados disponíveis é satisfatória, sendo necessário utilizar informações não registradas e/ou registradas de forma insuficiente (BRASIL, 2006; LAURENTI, 2000).

No Brasil, a cobertura do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), é considerada adequada pelo Ministério da Saúde, sendo estimada em até 93,0% (FRIAS et al., 2013). Entretanto, apesar de uma cobertura satisfatória, o mesmo não acontece com a qualidade dos dados informados. De acordo com a Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA), os óbitos maternos ainda são subinformados em até 20,0%. Uma maneira utilizada para adequar essas informações, consiste em aplicar um “fator de correção ou de ajuste” que deve ser multiplicado ao número de óbitos maternos declarados, uma estratégia de incorporar desigualdades regionais de cobertura e qualidade das informações do sistema (BRASIL, 2006). Nesse sentido, Szwarcwald et al. (2014) estimaram uma RMM de 60,8 óbitos maternos/100.000 nascidos vivos (NV) para o Brasil em 2011, valores estes próximos àqueles estimados pelo Ministério da Saúde, que foi 61,5 óbitos maternos/100.000 NV para o ano 2012 (BRASIL, 2014a).

Paralelo a isto, a vigilância do óbito materno nos níveis estadual e municipal (coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde), empreende esforços no sentido de identificar os óbitos maternos não declarados, que, por algum motivo, não foram informados de forma correta (subinformados), ou cujas declarações de óbito não foram registradas ou não foram incluídas (subnotificados) ao SIM. A vigilância desses óbitos, em parceria com os Grupos Técnicos (GT) de discussão e os Comitês de Mortalidade Materna (CMM), é capaz de produzir informações sobre problemas que contribuíram para a ocorrência da morte materna e a avaliação da atenção à saúde prestada a mulher, importante ferramenta para a definição de intervenções voltadas para a evitabilidade de novas mortes (BRASIL, 2008).

Se os problemas relativos à informação já são uma das dificuldades para a avaliação da mortalidade materna na população em geral, maiores ainda são as barreiras enfrentadas para tal avaliação em grupos populacionais específicos, como por exemplo, a população indígena. Este povo encontra-se em situação vulnerável quando comparado aos demais segmentos da sociedade, dado ao isolamento e marginalização. A baixa qualidade dos

sistemas de informações, a ausência de inquéritos regulares e a exiguidade de investigações neste grupo populacional contribuem com o baixo número de pesquisas desenvolvidas a cerca da sua situação de saúde (SOUZA; SANTOS; COIMBRA JR., 2010;).

De acordo com a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), não se dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação de saúde dos povos indígenas no Brasil, o que há disponível são apenas dados parciais (incompletos e com baixa cobertura). Estes dados, no entanto, indicam que as taxas de morbidade e mortalidade indígena são até quatro vezes superiores em relação às mesmas taxas identificadas na população geral. A elevada quantidade de óbitos não registrados e sem causas básicas definidas corroboram a pouca cobertura e a baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis (BRASIL, 2002a; SANTOS et al., 2008).

A Secretaria Especial da Saúde Indígena (SESAI) é uma área do Ministério da Saúde cuja missão é a gestão da saúde indígena, no sentido de proteger, promover e recuperar a saúde desse povo, além de orientar as ações de atenção à saúde, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). É de responsabilidade da SESAI, em articulação com os DSEI, a vigilância dos óbitos indígenas (BRASIL, 2014b).

As informações em saúde da população indígena estão reunidas no Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), que dispõe de módulos referentes à composição demográfica, doenças, agravos e eventos em saúde de maior prevalência nesta população (GARNELO; BRANDÃO; LEVINO, 2005). O SIASI funciona de forma paralela aos sistemas de informações oficiais do Ministério da Saúde, inclusive ao SIM, que dispõe de dados sobre mortalidade da população indígena apenas através da variável raça/cor, registrada na Declaração de Óbito (DO), o que evidencia a falta de articulação entre estes sistemas de informações (SOUZA; SCATENA; SANTOS, 2007).

Diante da exiguidade das informações acerca da mortalidade de mulheres em idade fértil e materna na população indígena do estado de Pernambuco, fez-se necessário conhecer como e porque morrem essas mulheres, a partir dos sistemas de informações ora disponíveis. E desta forma, identificar os principais problemas de saúde que afetam este grupo populacional, a fim de que seja possível desenvolver políticas públicas de atenção à saúde para as mulheres indígenas.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Saúde da população indígena

De acordo com o Art. 3º do Estatuto do Índio, como é reconhecida a Lei nº 6.001 de 19 de dezembro de 1973, responsável, ainda hoje, por regulamentar as questões deste povo no Brasil, define-se como: [índio ou silvícola] “todo indivíduo de origem e ascendência pré-colombiana que se identifica e é identificado como pertencente a um grupo étnico cujas características culturais os distinguem da sociedade nacional”, e [comunidade indígena ou grupo tribal] “conjunto de famílias ou comunidades índias, que vivendo em completo estado de isolamento em relação aos outros setores da comunhão nacional, quer em contatos intermitentes ou permanentes, sem estarem neles integrados” (BRASIL, 1973).

No Brasil, os indígenas constituem menos de 1,0% da população total, distribuídos em mais de 200 povos, que falam cerca de 180 línguas, espalhados por áreas urbanas e rurais de praticamente todos os estados, e que apresentam características socioculturais distintas, bem como direções históricas, política e economia diferenciadas. A dinâmica demográfica destes povos no país (mortalidade, natalidade e migrações) ainda é pouco conhecida e os dados disponíveis são insatisfatórios para a construção de um perfil epidemiológico nesta população (BRASIL, 2002a; PAGLIARO; AZEVEDO; SANTOS, 2005; SANTOS et al., 2008).

De acordo com o Censo, realizado no ano de 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o estado de Pernambuco apresenta-se como o 4º estado com maior população indígena autodeclarada (53.284 pessoas). Pesqueira é o município do estado com a maior população indígena, em número absoluto, representando o 7º município brasileiro em maior contingente populacional indígena. Analisando a população indígena por situação de domicílio, observa-se que a capital do estado também apresenta uma quantidade significativa de pessoas que se autodeclaram de raça/cor indígena, sendo Recife o 10º município do país que domicilia o maior número absoluto de indígenas em área urbana (Quadro 1) (IBGE, 2013; IBGE, 2015).

Quadro 1 - Distribuição da população indígena por município de residência segundo situação de domicílio (urbano/rural). Brasil, 2010.

Municípios com as maiores populações indígenas do País, por situação do domicílio Brasil - 2010									
	Total			Urbano			Rural		
	Código	Município	POP	Código	Município	POP	Código	Município	POP
1	1303809	São Gabriel da Cachoeira	29.017	3550308	São Paulo	11.918	1303809	São Gabriel da Cachoeira	18.001
2	1303908	São Paulo de Olivença	14.974	1303809	São Gabriel da Cachoeira	11.016	1304062	Tabatinga	14.036
3	1304062	Tabatinga	14.855	2927408	Salvador	7.560	1303908	São Paulo de Olivença	12.752
4	3550308	São Paulo	12.977	3304557	Rio de Janeiro	6.764	1300607	Benjamin Constant	8.704
5	1303601	Santa Isabel do Rio Negro	10.749	1400100	Boa Vista	6.072	1303601	Santa Isabel do Rio Negro	8.584
6	1300607	Benjamin Constant	9.833	5300108	Brasília	5.941	5102603	Campinápolis	7.589
7	2610905	Pesqueira	9.335	5002704	Campo Grande	5.657	3162450	São João das Missões	7.528
8	1400100	Boa Vista	8.550	2610905	Pesqueira	4.048	1400050	Alto Alegre	7.457
9	1300409	Barcelos	8.367	1302603	Manaus	3.837	5000609	Amambai	7.158
10	3162450	São João das Missões	7.936	2611606	Recife	3.665	1300409	Barcelos	6.997

Fonte: IBGE, 2015. Disponível em: <http://indigenas.ibge.gov.br/pt/graficos-e-tabelas-2>

A Constituição Federal (1988) assegurou aos povos indígenas brasileiros o reconhecimento e o respeito à sociodiversidade. Neste sentido, a assistência desses à saúde, no âmbito do SUS, passou a ser regulamentada através do decreto nº 3.156/1999, segundo o qual, a atenção à saúde indígena é dever da União. A partir deste decreto, foi garantida a esta população, serviços de atendimento básico, através da implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) (BRASIL, 1999a). Ainda neste ano, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena foi instituído através da Lei nº 9.836 (Lei Arouca), colocando fim à disputa histórica entre a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e a Fundação Nacional de Saúde (FNS) em relação à gestão da saúde destes povos. O subsistema deve funcionar em articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS) tendo este como referência, de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada, garantindo às populações indígenas acesso aos serviços de saúde, levando em consideração a realidade local e suas especificidades culturais (BRASIL, 1999b). Entretanto, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) somente foi aprovada em 2002, com a publicação da Portaria nº 254/GM (BRASIL, 2002b).

Assim, desde 1999, a atenção à saúde dos povos indígenas tem como modelo de assistência, sistemas locais de saúde, os DSEI. No total, 34 DSEI estão ativos e localizados

estrategicamente em diversas regiões do território nacional, delimitados a partir da ocupação geográfica das comunidades indígenas. Estas unidades são responsáveis por prover cuidados de atenção primária à saúde a uma população de 538.154 indígenas, distribuída em mais de quatro mil aldeias, de acordo com dados fornecidos pelo Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) (Figura 1) (BRASIL, 2009b; GARNELO, 2012; SANTOS et al., 2008).

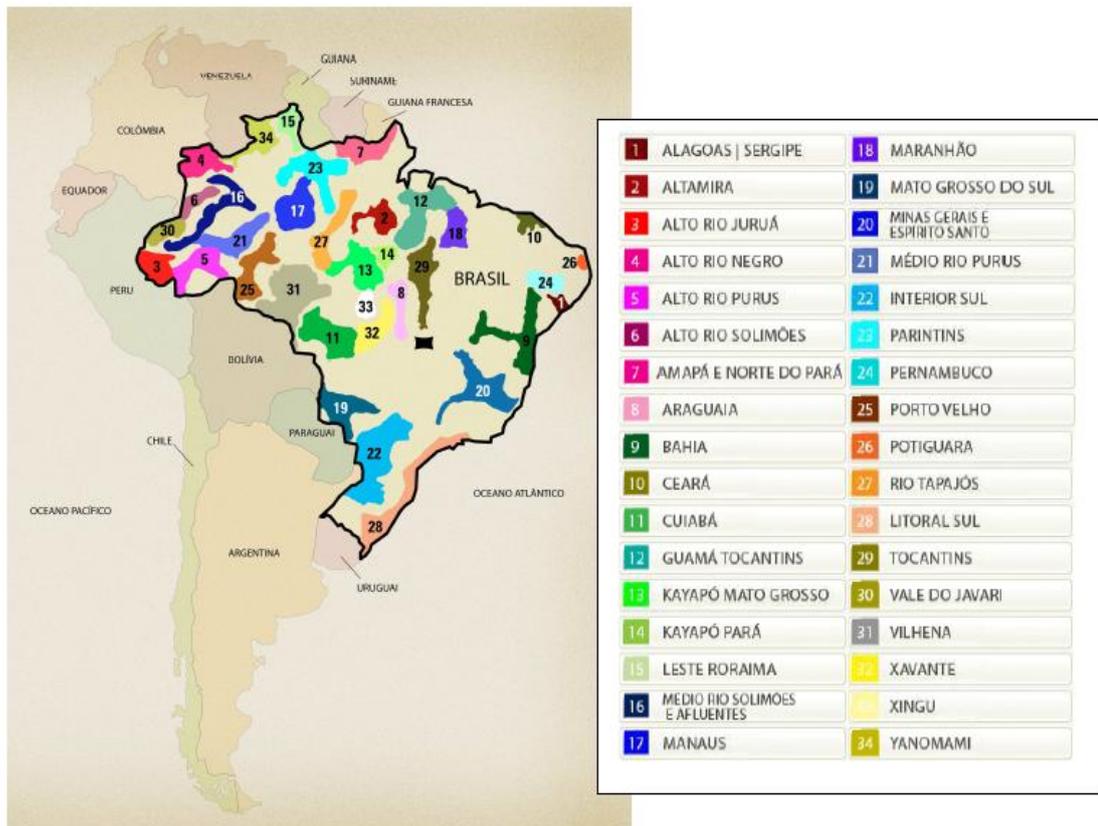


Figura 1 - Mapa da distribuição espacial dos DSEI, Brasil.

Fonte: Portal da Saúde. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/>

O DSEI corresponde a uma unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, cuja responsabilidade é desenvolver atividades técnicas, administrativas e gerenciais voltadas para assistência à saúde de uma população específica, com características étnico-culturais e geográficas particulares, em um espaço bem delimitado. É de responsabilidade do DSEI a assistência básica prestada à população indígena aldeada, através das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde (AIS), semelhante ao Programa da Saúde da Família (PSF). O funcionamento do DSEI deve ser

integrado e hierarquizado conforme os níveis de complexidade em articulação ao SUS (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2014b; GARNELO, 2012; SANTOS et al., 2008).

Enquanto estrutura gestora, o DSEI é composto pelos pólos-base, pelos postos de saúde e pelas Casas de Apoio à Saúde do Índio (CASAI). O pólo-base cobre um conjunto de aldeias e constitui a primeira referência para os AIS, no que se refere à atenção primária. Atualmente, existem 337 pólos-base distribuídos por 432 municípios. Os 751 postos de saúde espalhados entre os DSEI funcionam de forma a apoiar estrategicamente os polos-base, no sentido de executar atividades da atenção básica de saúde. O DSEI ainda conta com 60 CASAI, que consistem em serviços de apoio aos indígenas que precisaram sair da aldeia e foram encaminhados aos demais níveis de complexidade de atenção da rede de assistência à saúde do SUS – Referência SUS (Figura 2) (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2014b; GARNELO, 2012; SANTOS et al., 2008).



Figura 2 - Esquema de organização do DSEI e modelo assistencial.
Fonte: Portal da Saúde. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/>

No estado de Pernambuco, o DSEI, com sede no Recife, abrange uma área composta por 15 municípios (incluindo a capital do estado), nos quais se distribuem dez etnias indígenas distintas (Quadro 2) (BRASIL, 2014a; UFPE, 2015). A execução das ações de

atenção básica de saúde são realizadas em parceria com as secretarias municipais e estadual de saúde, por meio de contratação das equipes multidisciplinares de saúde indígena (BRASIL, 2002a).

Quadro 2 - Principais características demográficas das etnias indígenas. Pernambuco, 2015

Etnia	População (FUNASA, 2010)	Localização	Município	Extensão
Atikum	4.535	Serra das Crioulas e Umã	Carnaubeira da Penha e Salgueiro	16.290ha
Fulni-ô	3.921	Águas Belas	Águas Belas	11.506ha
Kambiwá	3.482	Vale do Moxotó	Ibimirim e Inajá	31.495 há
Kapinawá	1.857	Sertão Pernambucano	Buíque, Ibimirm e Tupanatinga	12.403ha
Pankará	4.000	-	Carnaubeira da Penha	-
Pankararu	6.406	Jatobá, Petrolândia e Tacaratu	Jatobá, Petrolândia e Tacaratu	8.100ha
Pipipan	1.080	-	Floresta	-
Truká	5.899	Ilha de Assunção, médio São Francisco	Cabrobó e Orocó	5.769ha
Tuxá	264	Fazenda Funil	Inajá	164ha
Xukuru	11.227	Xukuru e Xukuru de Cimbres	Pesqueira	27.555ha

Fonte: UFPE, REMDIPE 2015, adaptado.

Disponível em: https://www.ufpe.br/remdipe/index.php?option=com_content&view=article&id=427&Itemid=240

No ano de 2010, o decreto nº 7.336, que definiu a Estrutura Regimental do Ministério da Saúde, criou a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), para a qual foi repassada a gestão do Subsistema de Saúde Indígena, antes atribuída à FUNASA. De acordo com o Art. 42º, entre outras competências, cabe à SESAI a coordenação e implementação da PNASPI, proteger, promover e recuperar a saúde deste grupo, bem como orientar, coordenar e avaliar o desenvolvimento de ações de atenção à saúde da população indígena (BRASIL, 2010; GARNELO, 2012).

A saúde do povo indígena vem passando por profundas transformações tanto em relação ao modelo de atenção à saúde quanto ao perfil epidemiológico dos agravos. Mundialmente as doenças infecciosas e parasitárias, representaram a principal e potencial causa de morte, advinda da colonização europeia, responsável por desestruturar grande parte destes povos. Atualmente, em conjunto com as doenças infecciosas, historicamente predominantes, e graças à incorporação de novos hábitos culturais e mudanças socioeconômicas, as doenças crônicas não transmissíveis, tais como a obesidade, a hipertensão, o diabetes mellitus e as neoplasias, bem como as causas externas (agressões, acidentes e suicídios), estão se tornando cada vez mais frequentes nesse grupo populacional. Além disso, as condições de saúde desfavoráveis desses povos tornam-se evidentes quando taxas de mortalidade desse segmento são comparadas às da população geral (FERREIRA; MATSUO; SOUZA, 2011).

Dentre as doenças infecciosas e parasitárias, a tuberculose e a malária representam as principais endemias responsáveis pelo adoecimento e óbito entre os povos indígenas. As condições precárias de saneamento e habitação encontradas nas aldeias propiciam uma maior incidência de doenças diarreicas nas crianças menores de cinco anos, associadas às infecções respiratórias agudas e à desnutrição. Este cenário é corroborado através da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), bem mais elevada nesta população (51,4/1.000), quando comparada à população geral (30,1/1.000), de acordo com dados do ano 2000. No que se refere à questão nutricional, a anemia é a principal doença carencial, afetando principalmente as crianças menores de dez anos e as mulheres em idade reprodutiva (SANTOS, et al., 2008).

Mesmo que as estatísticas sobre eventos vitais da população indígena disponíveis sejam incipientes, o Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG), em 2002, para todos os DSEI foi de 5,8 óbitos para cada mil indígenas, valor que se aproximava ao CGM do país para este mesmo período (5,6) (BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012). As principais causas de morte neste ano, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), foram as causas mal definidas de mortalidade (23,8%), seguidas pelas causas externas (16,8%) e pelas doenças do aparelho respiratório (12,3%). Estes números confirmam a precariedade da assistência à saúde destes povos, revelam o papel das transformações sociais interferindo em seus padrões de mortalidade e a má qualidade dos sistemas de informações, expresso pela elevada proporção

de causas mal definidas (FERREIRA; MATSUO; SOUZA, 2011; MACHADO; PAGLIARO; BARUZZI, 2009; SOUZA; SANTOS; COIMBRA JR., 2010).

Para Santos et al. (p. 40, 2008), apesar das (sutis) melhorias observadas após a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, estas ainda são insuficientes para responder às necessidades e especificidades dessa população, justificado por:

[...] elevada rotatividade e descontinuidade da presença de profissionais de saúde nas áreas indígenas; elevada complexidade e diversidade para a organização dos serviços de saúde indígena no nível local; articulação insuficiente com os outros níveis de atenção do SUS (rede de referência e contra-referência); irregularidade e falhas na notificação de eventos vitais; condições sanitárias inadequadas nas aldeias e terras indígenas; insegurança alimentar e questões ligadas à posse e uso da terra.

Em relação à saúde da mulher e saúde reprodutiva, os estudos restringem-se a populações/etnias específicas. Alguns enfatizam os elevados níveis de fecundidade (Taxa de Fecundidade Total - TFT superiores a 5-6 filhos), que mesmo com o decorrer da transição demográfica, se mantém em níveis superiores aos demais grupos populacionais (1,87 por mulheres em 2010 para o Brasil), o que pode estar relacionado a questões socioculturais como, desejo de famílias numerosas, início da vida reprodutiva em idades mais jovens e/ou curtos intervalos entre as gestações (COIMBRA JR.; GARNELO, 2004). Outros estudos encontraram taxas de crescimento populacionais elevadas (3,5 - 4,5% ao ano), quando comparadas à população do Brasil, que foi 1,01% ao ano em 2010 (BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012; IBGE, 2015).

Em Pernambuco, pesquisa realizada por Athias (2004) revelou aspectos da fecundidade, saúde reprodutiva, gravidez e parto na etnia Pankararu. A vida sexual das mulheres desta etnia inicia-se entre 14 a 18 anos, assim como o estabelecimento de uma união estável. Este padrão vem sofrendo mudanças, e recentemente as índias mais jovens, preferem se casar mais velhas, após a conclusão dos estudos. O número médio de filhos entre

as mulheres entrevistadas estava acima de oito. O fato de famílias numerosas serem comuns pode estar relacionado a questões culturais. Entre as mulheres mais velhas, o parto foi realizado por parteiras tradicionais, mas atualmente poucas são aquelas que tem seus filhos com parteiras; o pré-natal é uma associação entre o modelo médico e os moldes tradicionais. Segundo o autor, o aborto é uma prática não aceita por este povo, apesar do conhecimento, pelas mulheres, de mecanismos tradicionais para provocá-lo.

Questões culturais semelhantes aos achados de Athias (2004), relacionadas ao período gravídico-puerperal, também foram evidenciadas por Ferreira (2013), em estudos realizados com a etnia Kaxinawá, do Alto Juruá, no estado do Acre. Durante a gestação e o parto, os pajés, são responsáveis pelo tratamento especializado nas aldeias, ou seja, diante de alguma complicação, como hemorragias ou trabalho de parto prolongado, eles devem ser acionados. Caso as práticas xamânicas/tradicionais realizadas pelos pajés, que podem envolver rezas – espiritual – e/ou a “sabedorias de folhas” – medicina da mata –, não forem suficientes para ajudar a mulher, a mesma deverá ser encaminhada ao serviço de saúde, sob a responsabilidade dos AIS. Os pajés também são responsáveis por orientar a mulher e o marido a quais alimentos não devem ser ingeridos durante a gestação, para evitar complicações futuras no momento do parto, bem como para dar a luz a um recém-nascido saudável. No momento do nascimento, a mulher pode escolher entre dar a luz sozinha ou contar com o auxílio de mulheres mais experientes (parteiras tradicionais), as quais desempenham o papel social de receber a criança ou cortar o cordão umbilical.

Dados obtidos através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) ilustram o comportamento da população indígena residente no estado de Pernambuco quanto às questões relacionadas ao momento do parto. No período analisado, entre as mulheres de raça/cor indígena, a via de parto vaginal ainda foi a mais frequente, e este mesmo grupo também apresentou maiores valores proporcionais dessa via de parto em relação aos demais (79,0%). O mesmo ocorre ao se observar o local de ocorrência do parto, onde se verifica que a população com maior proporção de partos em domicílio é a de mulheres indígenas (8,1%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Tipo e local de ocorrência do parto segundo raça/cor. Pernambuco 2006-2012

Tipo de parto	Branca %	Preta %	Amarela %	Parda %	Indígena %
Vaginal	41,6	63,0	63,4	58,1	79,0
Cesárea	58,3	36,9	36,5	41,8	20,9
Ignorado	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Local de ocorrência	Branca %	Preta %	Amarela %	Parda %	Indígena %
Hospital	99,6	98,8	98,8	99,4	91,8
Domicílio	0,4	1,0	1,2	0,5	8,1
Outro	0,035	0,1	-	0,1	0,1
Ignorado	0,002	0,02	-	0,001	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: BRASIL, 2015a.

Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>

A despeito dos esforços do Ministério da Saúde com a operacionalização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena articulado com o SUS, a atenção à saúde da mulher indígena ainda enfrenta problemas relacionados à garantia de ações básicas, como por exemplo, à assistência pré-natal e prevenção de doenças (câncer de colo do útero, DST/HIV/Aids, entre outras), além da precariedade de dados epidemiológicos fidedignos que possam subsidiar a avaliação e o planejamento da situação de saúde dessas mulheres (BRASIL, 2011a).

2.2 Sistema de Informações e Vigilância do Óbito de mulheres em idade fértil e materna

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são essenciais para a construção do conhecimento das condições de vida das populações e da sua situação de saúde, utilizados para fins de vigilância, avaliação e pesquisa, permitem a elaboração de diagnósticos e medidas de intervenção. Os SIS também são imprescindíveis para a geração de indicadores capazes de subsidiar o planejamento, a tomada de decisão e a organização das ações e serviços. No Brasil, maiores avanços nos SIS somente foram alcançados a partir da década de 90 (BRAZ et al., 2013; MEDRONHO et al., 2009; ROUQUAYROL; FILHO, 2003).

O registro dos eventos vitais, utilizado tanto para a finalidade jurídica quanto para analisar a situação de saúde de uma população, constitui uma importante ferramenta para saúde pública. Sua importância reside em dar subsídios à elaboração de políticas públicas que visem à redução de mortes prematuras e evitáveis, diminuindo conseqüentemente os impactos sociais e as despesas econômicas em decorrências destas mortes (ISHITANI; FRANÇA, 2001; MELLO JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2007).

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) foi implantando, através dos esforços no Ministério da Saúde, no ano de 1976, em todo território brasileiro, com o objetivo de regular e uniformizar os dados sobre mortalidade, tornando-os confiáveis e abrangentes, permitindo a construção de indicadores de saúde e demográficos. O instrumento oficial padronizado e responsável por coletar as informações sobre mortalidade em nível nacional, que posteriormente devem ser digitadas no SIM, é a Declaração de Óbito (DO) (BRASIL, 2009c; FRIAS et al., 2008; HADAKI; GOTLIEB; LAURENTI, 2005).

Apesar de, teoricamente, prezar pela universalidade, ainda são observados problemas quanto à cobertura do SIM. Aliado a este fato, a precariedade das informações, em alguns municípios do Brasil, principalmente os das regiões Norte e Nordeste, comprometem a construção de indicadores de saúde confiáveis. Neste sentido, em determinados estados do país, diante da impossibilidade de calcular os indicadores de maneira direta, faz-se necessário a aplicação de um fator de correção, com o objetivo de adequar a informação cuja qualidade encontra-se comprometida. Várias pesquisas de busca ativa de óbitos em fontes oficiais e não oficiais (cartórios, cemitérios, funerárias, estabelecimentos de saúde, entre outros) confirmam que a subnotificação de óbitos ao SIM prejudica o uso das informações sobre mortalidade (FRIAS et al., 2008).

A DO é o documento oficial para a notificação dos óbitos de MIF e maternos, bem como fonte de dados para a obtenção de um dos componentes do cálculo da RMM (o número de óbitos maternos). Entretanto, a elevada subnotificação e imprecisão dos registros ocasionada pela dificuldade em identificar os óbitos por causas maternas (mediante a falta de informações na DO), são responsáveis por prejudicar a real mensuração destas, bem como o dimensionamento da situação de saúde das mulheres que se encontram no ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009a; GIL; GOMES-SPONHOLZ, 2013).

Neste sentido, durante a Quadragésima Terceira Assembleia Mundial de Saúde, no ano de 1990, a OMS recomendou que os países devessem considerar a inclusão, nos atestados de óbito, de informações referentes ao momento do ciclo gravídico-puerperal em que se encontravam as MIF na ocasião do óbito, com o objetivo de identificar precocemente e melhorar a qualidade dos registros sobre mortalidade materna. No Brasil, a partir do ano de 1995, foram incluídas na DO, pelo Ministério da Saúde, as variáveis: “Estava grávida no momento da morte?” e “Esteve grávida nos últimos doze meses anteriores a morte?” (GIL; GOMES-SPONHOLZ, 2013; LAURENTI; MELLO JORGE; GOTLIEB, 2000).

Até o ano de 2010, estas informações estavam registradas nos campos 43 e 44 da DO, que diziam respeito respectivamente a: “A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto?” e “A morte ocorreu durante o puerpério?”. Atualmente, os campos 43 e 44 foram substituídos pelo campo 37, que agregou as duas perguntas a uma única variável “Óbito de mulher em idade fértil: a morte ocorreu” (BRASIL, 2011b).

De acordo com a OMS, define-se como morte materna, o óbito de uma mulher durante a gestação ou em um intervalo de tempo de até 42 dias após o seu término. O óbito materno independe da duração da gestação ou da sua localização, e a causa da morte está relacionada ou foi agravada pela gravidez, ou por fenômenos a ela relacionados, não sendo considerada morte materna aquelas decorrentes de causas acidentais ou incidentais. São aqueles cuja causa básica do óbito foi classificada de acordo com o Capítulo XV - Gravidez, Parto e Puerpério da CID-10 (códigos compreendidos entre O 00 a O99). São também considerados óbitos maternos aqueles classificados nas seguintes causas que estão fora do Capítulo XV: tétano obstétrico (A34), osteomalácia puerperal (M83.0), transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (F53), necrose pós-parto da hipófise (E23.0), mola hidatiforme maligna (D39.2) e doenças causadas pelo vírus da imunodeficiência adquirida (B20 a B24) (OMS, 2009).

No que diz respeito à causa básica, os óbitos maternos podem ser classificados em dois tipos: obstétricas diretas e obstétricas indiretas. A morte materna por causa obstétrica direta ocorre em virtude de complicações obstétricas durante a gravidez, o parto ou o puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas, tais como hemorragias, eclampsia, infecções puerperais, tromboembolismo ou complicações anestésicas. A morte materna por causa obstétrica indireta é resultante de doenças prévias à gestação, ou que se desenvolveram

durante este período, não provocadas pelas causas maternas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação, como por exemplo, as cardiopatias, neoplasias e outras doenças crônicas (BRASIL, 2009a).

Quanto à identificação, os óbitos maternos podem ser declarados ou não, de acordo com as informações apresentadas pela DO. Dessa forma, a morte materna é considerada declarada quando as informações contidas na DO permitem, por si só, classificar o óbito como materno, ou seja, quando entre as causas da morte houver menção do estado gravídico-puerperal. No entanto, quando as informações registradas na DO não classificam o óbito como materno e após a investigação é constatado que se trata desse tipo de óbito, esta é classificada como morte materna não declarada (BRASIL, 2009a; GIL; GOMES-SPONHOLZ, 2013).

Em decorrência da dificuldade de se identificar os óbitos maternos, várias pesquisas realizadas no Brasil utilizam o método *Reproductive Age Mortality Survey* (RAMOS). Esta metodologia consiste na identificação dos óbitos maternos a partir dos óbitos de MIF através da investigação em prontuários de serviços de saúde, laudos de necropsia, entrevista domiciliar, entre outras fontes (BRASIL, 2006; BRASIL 2009d). Inquérito realizado no ano de 2002 nas capitais brasileiras, utilizando o método RAMOS, confirmou que para um grande número de mortes maternas informadas ao SIM haviam sido atribuídas outras causas de morte (LAURENTI; MELLO JORGE; GOTLIEB, 2004). Ao utilizar esta metodologia, Valongueiro, Ludermir e Gominho (2003) evidenciaram a subnotificação de 50,0% dos óbitos maternos para o município de Camaragibe-PE e de 46,3% para o estado de Pernambuco (Valongueiro, 2007). Na cidade de São Paulo, Laurenti et al. (1990) observaram o aumento da RMM de 44,5 óbitos maternos/100.000 NV para 99,6 óbitos maternos/100.000 NV, após criteriosa revisão das causas de morte nas DO de MIF.

A RMM é utilizada como indicador capaz de mensurar o risco de uma mulher morrer em decorrência de uma causa materna. Para fins de cálculos, a RMM é obtida através da razão entre o número de óbitos maternos ocorridos até 42 dias após o parto, por 100.000 nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço por igual período de tempo. Convencionou-se utilizar o número de nascidos vivos em função deste se aproximar do quantitativo de mulheres grávidas no espaço e tempo analisados (MEDRONHO et al., 2009; RIPSA, 2008).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (1992) apud Rodrigues e Siqueira (p. 184, 2003) definiu como sistema de vigilância do óbito materno:

[...] o processo contínuo e sistemático de coleta, análise, interpretação e difusão de dados relacionados com a identificação, notificação, medição, determinação de causa e prevenção de mortes maternas, com o propósito de formular medidas de prevenção adequadas. Tal sistema de vigilância é um componente do sistema de informação de saúde.

No Brasil, no ano de 2008, a vigilância dos óbitos de mulheres em idade fértil e maternos passou a ser regulamentada através da Portaria nº 1.119/GM, a qual estabelece que estes sejam eventos de investigação obrigatória, independentemente da causa. E tem por objetivo esclarecer os fatores que os determinaram, a fim de que sejam adotadas estratégias que evite a ocorrência destes eventos. O processo de investigação tem início a partir da emissão da DO, e sua conclusão se dá após análise detalhada de cada caso nos Comitês de Morte Materna (CMM) (BRASIL, 2008).

Em alguns estados brasileiros a análise dos óbitos passou a ser realizada por Grupos Técnicos (GT) de discussão dos óbitos maternos, estes são compostos pela vigilância epidemiológica e setores responsáveis pela assistência à saúde (atenção básica, secundária e terciária), e articulada com os demais Comitês Hospitalares, Municipal, Regional ou Estadual. Entre outras atribuições, estes grupos devem identificar os problemas encontrados na rede assistencial de saúde da mulher, propor recomendações para que eventos semelhantes sejam evitados e estudar os critérios de evitabilidade do óbito (BRASIL, 2009a).

Os CMM são instâncias interinstitucionais, compostas por profissionais de diversas áreas, de caráter político, e instrumento de controle social, é utilizado como uma importante estratégia para o monitoramento e combate da mortalidade materna. Em nível internacional, o país pioneiro na experiência com os CMM foram os Estados Unidos, na década de 30. A Inglaterra, em 1952, representou a mais exitosa experiência, dada a implantação dos Inquéritos Confidenciais de Mortalidade Materna. Na América Latina, Cuba e México, entre as décadas de 60 e 70, também fortaleceram a análise da mortalidade materna através da instituição dos CMM (PERNAMBUCO, 2011; RODRIGUES; SIQUEIRA, 2003).

Nacionalmente, os CMM foram criados no início da década de 1990, a partir de demandas específicas do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). No estado de Pernambuco, o Comitê Estadual de Estudos sobre a Mortalidade Materna (CEEMM-PE), foi instituído oficialmente no ano de 1995, através da Portaria Estadual nº 087, tendo como membros participantes a vigilância epidemiológica da Secretaria Estadual de Saúde do estado (SES-PE), das instituições públicas de ensino superior e de organizações feministas. No decorrer dos anos, o CEEMM-PE, instituiu o Grupo Técnico do Comitê de Estadual de Estudos sobre a Mortalidade Materna (GT-CEEMM), que entre outras atribuições, passou a analisar e classificar tecnicamente os óbitos maternos, propondo medidas para o seu controle, enquanto o CEEMM-PE assumiu o papel político e de controle social (PERNAMBUCO, 2011).

A partir da publicação da Portaria nº 1.119/GM, o monitoramento da investigação e análise/discussão de todos os óbitos de MIF passou a ser realizado através do módulo de investigação SIM-Web (BRASIL, 2008). Este módulo foi desenvolvido pelo DATASUS com a finalidade de possibilitar a digitação das informações contidas na ficha-síntese de investigação, preenchida após análise criteriosa dos óbitos pelos CMM/GT. Trata-se de uma “plataforma” online ligada ao SIM e composta pelos registros das DO de todos os óbitos de MIF independente da causa básica – óbitos do sexo feminino, não fetal e com idade entre 10 a 49 anos (Figura 3).

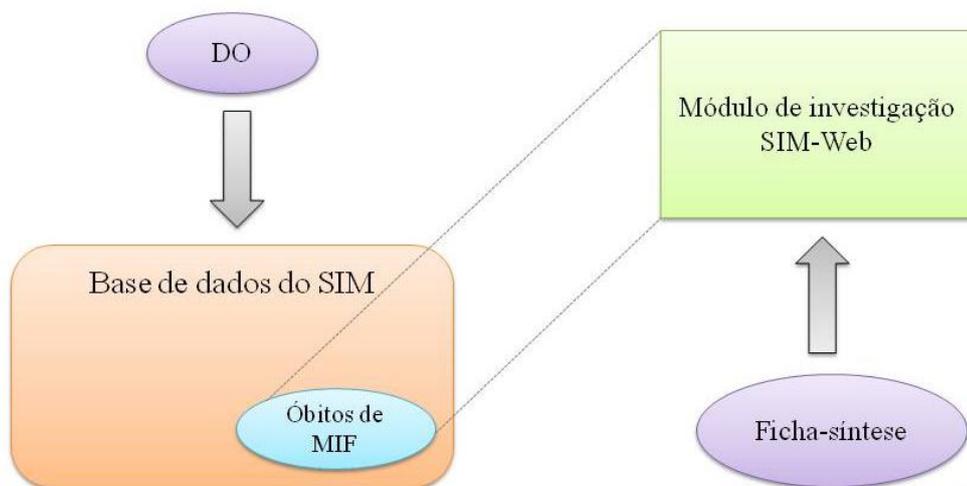


Figura 3 - Esquema de funcionamento do módulo de investigação SIM-Web.
Fonte: Elaboração da pesquisadora.

No que se refere às informações em saúde da população indígena, concomitantemente à implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, desenvolveu-se o Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Estruturado em oito módulos (demográfico, morbidade, imunização, saúde bucal, nutrição, acompanhamento à gestação, recursos humanos, e infraestrutura e saneamento) este sistema foi simultaneamente descentralizado aos 34 DSEI a partir do ano 2000. As informações contidas no SIASI deveriam ser capazes de subsidiar a construção de indicadores que permitiriam a análise da situação de saúde destes povos (BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012; SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007).

Entretanto, apesar dos avanços na implantação do SIASI, é possível verificar a existência de problemas diversos. Atualmente apenas os módulos demográfico, de morbidade e de imunizações encontram-se em funcionamento, variando a depender do nível de implantação de cada DSEI. Dificuldades na operacionalização do SIASI, bem como o mau funcionamento dos equipamentos, fizeram com que o sistema não suprisse as equipes de saúde com informações consistentes e congruentes com as necessidades e peculiaridades da população, incapacitando a tomada de decisões pela gestão e a construção de indicadores de saúde fidedignos (BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012; GARNELO; BRANDÃO; LEVINO, 2005).

Sousa, Scatena e Santos (2007), analisaram o SIASI em relação as suas potencialidades e limitações. Os autores apontaram que, quando comparado aos outros SIS como o SIM, por exemplo, o SIASI não dispõe de variáveis importantes para se proceder análises epidemiológicas de qualidade, o que compromete a avaliação da situação de saúde da população indígena. Entre as variáveis do SIM que não constam no SIASI estão: o tipo de óbito, o local de ocorrência do óbito e variáveis relacionadas à condição do óbito. Além disso, não existe comunicação entre este sistema e os demais SIS do Ministério da Saúde, que poderiam interagir em complementaridade.

2.3 Mortalidade de mulheres em idade fértil e materna

No mundo, apenas 15,0% das mulheres residem em países desenvolvidos. Quando analisada a população feminina residente nos países de baixa renda, fica evidente a maior

participação das mulheres jovens em detrimento daquelas com idade mais avançada na composição populacional. Estas últimas encontram-se geralmente residindo nos países de maior desenvolvimento econômico e financeiro. Os continentes africano e asiático são aqueles que apresentam o maior contingente de mulheres com idade inferior a 20 anos, o que evidencia um retardo na transição demográfica quando comparados aos demais continentes (WHO, 2009).

No ano de 2012, a população feminina residente no Brasil, era de 98,9 milhões de mulheres, o que correspondia a 51,0% da população total. Deste percentual, 63,8% se encontravam entre 10 a 49 anos. No estado de Pernambuco, para este mesmo ano, os números eram semelhantes aos apresentados pelo país: 51,9% da população pertenciam ao sexo feminino, das quais 63,8% eram mulheres com idades distribuídas entre a faixa etária em questão. Estes números mostram que mais da metade da população feminina no país e no estado compunham o grupo de mulheres em idade reprodutiva (BRASIL, 2014c).

A World Health Organization (WHO) define internacionalmente como mulheres em idade fértil (MIF), àquelas que se encontram na faixa etária entre 15 a 49 anos. No Brasil, tomando-se como parâmetro a experiência dos Comitês de Morte Materna (CMM) e a análise das estatísticas vitais, adotou-se a idade compreendida entre 10 a 49 anos para conceituar as MIF, uma vez que os dados evidenciam a ocorrência de gestação em adolescentes menores de 15 anos (BRASIL, 2007). Este recorte na idade compreende as fases da menarca e menopausa das mulheres, e é neste período em que elas tornam-se expostas aos riscos relacionados à vida sexual ativa e reprodutiva (GIL, 2012).

A população de mulheres em idade reprodutiva no Brasil, de acordo com dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) em 2006, caracterizava-se por ser relativamente jovem, 50,0% delas apresentava idade inferior a 30 anos. A maior parte residia em áreas urbanas (84,0%), com maior concentração rural no Norte e Nordeste do país, 23,0% e 28,0% respectivamente. Apesar das diferenças regionais, 3,0% referiram não ter instrução e 12,5% completaram 12 anos ou mais de estudo; 64,0% se declararam em união (casadas ou em união estável) e apenas 26,0% solteiras. Também foi possível identificar que as mulheres com maior poder de consumo residiam nas áreas de maior desenvolvimento econômico do país, 73,0% eram usuárias exclusivas SUS e 54,2% referiam estar inseridas no mercado de trabalho. Dentre aquelas que não estavam trabalhando, 20,0% estavam dedicando-se à gravidez ou aos cuidados maternos (BRASIL, 2009e).

As taxas mais elevadas de mortalidade na população feminina em geral são observadas nos países menos desenvolvidos, principalmente nos do continente Africano. As causas de morte variam de acordo com a faixa etária. Na infância, as principais causas de óbito são as doenças transmissíveis, como HIV e doenças diarreicas, além das doenças associadas ao aparelho respiratório e relacionadas às causas maternas ou perinatais. Já na idade mais avançada, as doenças crônicas não transmissíveis tornam-se a principal causa de morte entre as mulheres, com exceção daquelas que vivem na África, onde as doenças transmissíveis permanecem sendo a principal causa de mortalidade entre as mulheres até os 60 anos de idade (WHO, 2009).

Estudo de recorte nacional realizado por Ribeiro e Gotlieb (2008) evidenciou, entre os óbitos de MIF, o aumento das causas de morte ocasionadas por doenças crônico-degenerativas em detrimento das mortes devidas às doenças infecciosas e parasitárias, fenômeno ocorrido em consequência da transição epidemiológica vivenciada pelo país e confirmado por outros estudos (ALBUQUERQUE et al., 1998; CARVALHEIRO; MANÇO, 1992). Para os anos analisados por estes autores, no cenário epidemiológico brasileiro, as doenças cardiovasculares, juntamente com as neoplasias e as causas externas lideraram as principais causas de óbito entre as mulheres desta faixa etária.

As doenças do aparelho circulatório permaneceram como a principal causa de óbito entre as mulheres em idade reprodutiva no Brasil, nas décadas de 1980 a 2000, apesar de demonstrar tendência declinante ao longo dos anos (redução de 40,0%), assemelhando-se ao observado em países com bom nível de desenvolvimento em saúde. No entanto, a partir do ano 2002, as neoplasias despontaram como a primeira causa de óbito entre MIF, no conjunto das capitais do país (BRASIL, 2006; RIBEIRO; GOTLIEB, 2008).

Essa mudança no perfil epidemiológico foi corroborada por estudos realizados em regiões distintas do país. Na década de 90, 28,8% dos óbitos de MIF residentes na capital do estado de Pernambuco foram decorrentes das neoplasias; quase vinte anos mais tarde, na cidade paulista de Ribeirão Preto-SP, proporção semelhante (26,0%) dos óbitos neste grupo etário também se deveram a este tipo de causa entre os anos de 2007 e 2009 (ALBUQUERQUE et al., 1998; GIL, 2012).

De acordo com o DATASUS, do total de óbitos de residentes no estado de Pernambuco, no ano de 2012, 12,6% foram óbitos de MIF. Analisando-se as causas de óbito

para este ano, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde 10ª edição (CID-10), mais de 60,0% dos óbitos de mulheres em idade reprodutiva tiveram como causa básica as neoplasias, as doenças do aparelho circulatório e as causas externas, o que corresponde respectivamente a 21,4%, 20,9% e 17,9% (BRASIL, 2015a).

Estudo realizado por Albuquerque et al. (1998) na cidade do Recife-PE, entre os anos 90, mostrou que 4,1% dos óbitos de MIF ocorreram devido a complicações da gravidez, parto e puerpério, ocupando a nona posição entre o ranking das causas básicas de óbito. Quando comparado ao Brasil, no final desta mesma década, essas causas ocuparam o sétimo lugar entre os óbitos de MIF, distribuindo-se de maneira semelhante em todas as regiões do país (RIBEIRO; GOTLIEB, 2008). Laurenti et al. (1990), após revisão das declarações de óbito de MIF residentes no município de São Paulo-SP, verificaram que as mortes por causas maternas passaram da oitava para quinta principal causa de óbito neste grupo etário.

Apesar de representar apenas 2,5% das causas de mortes de MIF ocorridas no país no ano de 2012, os óbitos relacionados a complicações durante o ciclo gravídico-puerperal continuam sendo um importante problema de saúde pública, porque além de se caracterizarem como mortes evitáveis, em sua grande maioria, são resultantes da vivência da sexualidade das mulheres, e, portanto, não decorrentes de um estado de doença (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2015a).

A mensuração dos óbitos maternos compõe um indicador sensível, capaz de avaliar a qualidade da assistência à saúde da mulher, e também da população em geral, o qual se expressa de forma extremamente distinta ao ser comparado entre regiões com disparidades entre os níveis de desenvolvimento. Quanto maior a RMM, pior a qualidade dos serviços de saúde disponíveis à população, e principalmente às mulheres, no que se refere ao planejamento reprodutivo, assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério (LAURENTI; MELLO JORGE; GOTLIEB, 2008; GIL; GOMES-SPONHOLZ, 2013; RIPSA, 2008).

De acordo Kassebaum et al., no ano de 2013, enquanto a Islândia apresentava uma RMM igual a 2,4 óbitos maternos/100.000 NV, o Brasil registrava 58,7 óbitos maternos/100.000 NV, e Guiné Bissau: 885,3 óbitos maternos/100.000 NV, o que corrobora a acentuada desigualdade econômica, social e política entre estes países (KASSEMBAUM et

al., 2014). Regiões da África Subsaariana e Ásia somaram 86,0% do total de óbitos maternos globais registrados no ano de 2010 (OPAS, 2012 apud SERRUYA, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Fundo de População das Nações Unidas (UNPFA) e o Banco Mundial, em documento que apresenta as estimativas para o ano de 2013, divulgaram que os países em desenvolvimento somam 99,0% de todas as mortes por causas maternas, o que corresponde a um total de 286.000 óbitos. Nas regiões em subdesenvolvimento, a RMM, chega a ser até 14 vezes maior (230,0 óbitos maternos/100.000 NV), quando comparada as regiões mais desenvolvidas (16,0 óbitos maternos/100.000 NV) (WHO, 2014).

Em nível global, as causas de óbitos maternos variaram para cada região entre o período de 1990-2013. Nos países desenvolvidos, verificou-se uma redução no número de óbitos maternos por aborto, hemorragia, hipertensão e sepse (causas obstétricas diretas), de maior relevância na década de 90, e um aumento das causas obstétricas indiretas em 2013. Nos países de baixa renda, apesar das diferenças regionais, os óbitos maternos por aborto e hemorragias permaneceram como as principais causas entre os anos de 1990 a 2013, sendo os países da América Latina aqueles que apresentaram maior aumento proporcional de óbitos por causas obstétricas indiretas (KASSEMBAUM et al., 2014).

No ano 2000, líderes mundiais de 189 países, dentre eles o Brasil, estabeleceram metas e indicadores que deveriam ser alcançados para garantir a promoção da dignidade humana e o desenvolvimento dos países. A universalização do acesso à saúde sexual e reprodutiva e a redução da RMM em três quartos até o ano de 2015 (em relação ao ano de 1990) constitui o quinto dentre os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Entretanto, relatórios periódicos demonstram que o ODM-5 foi o objetivo que apresentou menor progresso até o momento e o mundo não alcançará a meta estabelecida, uma vez que até o ano de 2010 a RMM nas nações em desenvolvimento reduziu apenas 45,0%. No Brasil, até o ano 2011, a RMM diminuiu de 143,2 para 64,0 óbitos maternos/100.000 NV, o que representa uma redução de 55,0%, superior àquela apresentada pelos demais países, mas ainda inferior a meta proposta (BRASIL, 2014a; IPEA, 2014). As estimativas de Szwarcwald et al. (2014), encontraram, para o Brasil, uma RMM de 60,8 óbitos maternos/100.000 NV.

Em Pernambuco, para o ano de 2003, a RMM nas principais regiões do estado estudadas por Valongueiro (2007), foi igual a 77,0 óbitos maternos/100.000 NV. Importante

destacar que neste período, a VIII e IX Regionais de Saúde, localizadas no sertão do estado, apresentaram juntas, uma RMM de 115,0 óbitos maternos/100.000 NV, valor muito superior ao observado no estado, reafirmando as desigualdades regionais. A principal causa de óbito materno identificada foi hipertensão da gravidez. Entretanto, observou-se proporção importante de óbitos por causas obstétricas indiretas (37,0%).

Na cidade do Recife-PE, a RMM global para os anos de 2000 a 2006, foi igual a 65,9 óbitos maternos/100.000 NV, valor bastante elevado quando comparado com os padrões aceitáveis pela OMS (20,0 óbitos maternos/100.000 NV). Para este mesmo período, a RMM na capital pernambucana mostrou-se superior a RMM nacional e das demais capitais do país em 2002 (54,3 óbitos maternos/100.000 NV), o que evidencia desigualdades inter-regionais, além de revelar a baixa qualidade e cobertura dos serviços de saúde, bem como a pobreza e desigualdade social (BRASIL, 2006; CORREIA et al., 2011).

Segundo Cecatti (2005), para que o desfecho da gestação seja favorável, além dos fatores biológicos e sociais, é imprescindível garantir às mulheres acesso a profissional de saúde de qualidade. O autor afirma que independente das condições das mulheres, apenas a melhora na qualidade da assistência ao parto, já seria capaz de reduzir significativamente o número de mortes por causas maternas.

2.4 Raça/Cor

Segundo Fry (2004), raças são construções sociais. O paradigma de que as pessoas podem ser divididas entre “brancas” e “pessoas de cor” é baseado através da aparência dos indivíduos, e não de sua origem biológica. Neste sentido, em 1872 foi realizado o primeiro Censo Demográfico nacional, no qual a classificação da raça estava organizada em quatro categorias: branco, preto, pardo e caboclo. A população indígena do país deveria ser contabilizada na categoria ‘caboclo’. Após vários anos sem ser coletadas, as informações sobre raça/cor voltam no Censo de 1940 sob as categorias: branco, preto e amarelo. Apenas em 1991 é que a categoria indígena foi acrescentada ao Censo, e somente no último Censo (2010) é que as pessoas que se autorreferiam indígenas passaram a ser indagadas a respeito da sua etnia e língua (IBGE, 2008).

De acordo com Carvalho, Wood e Andrade (2003) apud Brasil (2005), “nos censos demográficos brasileiros, a informação acerca da cor é obtida a partir da autodefinição do indivíduo ou de informações prestadas por terceiros”. A autodeclaração do quesito raça/cor passou a ser respeitada apenas a partir dos inquéritos da segunda metade do século XX, até então, este critério era definido pelo entrevistador. Atualmente o IBGE tem adotado para a classificação do quesito raça/cor, cinco categorias: preto, branco, pardo, amarelo e indígena (BRASIL, 2005; IBGE, 2008).

Para que uma pessoa seja reconhecida como indígena no país é necessário que ela se autoidentifique como tal, ou seja, é quando o próprio indivíduo se reconhece quanto pertencente esta raça ou determinada etnia (SANTOS et al., 2008) . Embora os termos raça e etnia sejam, na maioria das vezes, associados, eles não podem ser utilizados como sinônimos. Raça está associada a características biológicas, fenotípicas, como a cor da pele. Já etnia, refere-se a particularidades culturais, como tradições, língua ou religião. A população indígena, no Brasil, compõe uma identidade racial. No entanto, em decorrência de suas diferenças socioculturais, esses povos passaram a ser definidos por etnias (SANTOS et al., 2010).

No ano de 1996, a publicação do Programa de Direitos Humanos propôs que o IBGE passasse a “considerar os mulatos, os pardos e os pretos como integrantes do contingente da população negra”, e instituiu o Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra. Este grupo foi o responsável pela inclusão do quesito raça/cor nos formulários padronizados para coleta de informações sobre os eventos vitais (Declaração de Óbito - DO e Declaração de Nascido Vivo - DN) (FRY, 2004).

A variável raça/cor foi introduzida na DO e conseqüentemente passou a fazer parte das estatísticas de mortalidade no ano de 1996, aproximadamente dez anos após a implantação do SIM. No entanto, apenas a partir do ano 2000, quando apresentou melhoria na qualidade do registro, foi que o Ministério da Saúde passou a utilizá-la para a construção de indicadores que possibilitam a análise do risco de morte na população através do recorte étnico-racial (BRASIL, 2005; MELLO JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2007).

Braz et al. (2013) em pesquisa para avaliar o cálculo dos indicadores do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) construídos através do recorte étnico-racial, analisaram a completude da variável raça/cor em oito Sistemas e módulos de

Informações em Saúde de base nacional. Apenas três (37,5%) dos sistemas/módulos analisados mostraram-se adequados para cálculo dos indicadores, ou seja, tinham completude da variável raça/cor acima de 90,0%. O SIM, que no ano de 1997 tinha apenas 43,2% de preenchimento para este campo, apresentou incremento progressivo e manteve a completude acima de 90,0% desde o ano de 2004, com preenchimento percentual de 93,5% durante o triênio de 2009-2011. Informações recentes do Ministério da Saúde mostram que no SIM a proporção de registros ignorados para a variável raça/cor reduziu de 15,9% no ano 2000, para 5,5% em 2012 (BRASIL, 2015b).

A subinformação da variável raça/cor nos SIS dificulta a análise consistente da situação de saúde da mulher sob o recorte étnico-racial. Poucos são os dados disponíveis sobre mortalidade materna segundo raça/cor, apesar desta variável constar na DO e na DN, na maioria das vezes ela deixa de ser informada ou a informação não corresponde à realidade, gerando subinformação (BRASIL, 2007). Entre os anos de 2000-2003, a proporção de óbitos maternos na população declarada como indígena do país não ultrapassou 1,5% (BRASIL, 2005).

A precariedade dos sistemas de informação sobre mortalidade para a população indígena subestima a ocorrência de óbitos em mulheres em idade reprodutiva e maternos e dificulta a compreensão das condições de vida e saúde desse povo. Dessa forma, a escassez de estudos e a não existência de discussões que envolvem a mortalidade de mulheres em idade fértil e materna indígena, justificam a realização deste estudo no estado de Pernambuco.

A caracterização do perfil da mortalidade de mulheres em idade fértil e materna em Pernambuco promoverá a visibilidade desse segmento pouco conhecido da população do estado, desencadeando o desenvolvimento de demais estudos. Além disso, espera-se que a partir da apropriação dessas informações, seja possível a promoção de políticas públicas voltadas para a melhoria das condições de vida e saúde na população estudada, em especial, a redução das causas de óbito evitáveis.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Analisar a mortalidade de mulheres em idade fértil e materna da população indígena do estado de Pernambuco, no período de 2006 a 2012.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar os óbitos de mulheres em idade fértil e maternos registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM);
- Descrever as características sociodemográficas, as circunstâncias e causas dos óbitos de mulheres indígenas em idade fértil e maternos;
- Descrever a história obstétrica e os fatores relacionados à mortalidade materna indígena em Pernambuco.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, dos óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) e maternos da população indígena residente no estado de Pernambuco ocorridos entre os anos de 2006 a 2012. Especificamente para os óbitos maternos, os casos foram descritos segundo atrasos envolvidos na identificação da complicação, no acesso e na resolutividade do cuidado.

4.2 Área do estudo

A área de estudo compreende o estado de Pernambuco, incluindo o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). Localizado na região nordeste do país, Pernambuco apresenta uma extensão territorial de aproximadamente 98.311,616 km² e faz limite com os estados de Alagoas, Bahia, Ceará, Paraíba e Piauí. O estado, cuja capital é a cidade do Recife, é composto por 184 municípios mais o arquipélago de Fernando de Noronha, localizado a 545 km da costa pernambucana. A população residente no estado, de acordo com o censo demográfico para o ano de 2010, era de 8.796.448 habitantes, sendo considerado o sétimo estado mais populoso do Brasil (IBGE, 2012).

Pernambuco registra anualmente no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) uma média de 3.200 óbitos de MIF e 100 óbitos maternos. Ao longo dos últimos anos, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) do estado se manteve estável: acima de 70 óbitos maternos para cada 100.000 NV (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição do número de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos e RMM, segundo ano de ocorrência. Pernambuco, 2006-2012.

Ano do Óbito	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
Óbitos MIF	3226	3114	3292	3303	3210	3301	3222
Óbitos Maternos	110	106	110	110	101	108	85
RMM**	75,1	74,0	75,7	77,4	73,8	76,3	60,1

Fonte: SIM/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE

*Dados sujeitos a revisão **Inclui óbitos de 43 dias a 1 ano após o parto.

Do ponto de vista da organização político-administrativa de saúde, Pernambuco encontra-se dividido, desde o ano de 2012, em doze regionais de saúde (Figura 4). As Gerências Regionais de Saúde (Geres) tem como papel primordial atuar de forma articulada junto aos municípios sob sua responsabilidade, no sentido de garantir a descentralização das ações e serviços de saúde, de acordo com as particularidades de cada região. O estado possui uma rede de atenção à saúde composta por 31 unidades hospitalares distribuídas por todas as doze regionais de saúde. A I Geres que abriga a região metropolitana do Recife, possui uma rede de assistência médica de média e alta complexidade, onde se localizam os principais serviços de saúde de referência estadual. É a regional de saúde responsável por sediar 48,4% das unidades hospitalares e 56,5% das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) do estado, sendo também considerada a mais resolutiva, capaz de absorver diariamente as demandas das demais Regionais de Saúde (PERNAMBUCO, 2015).

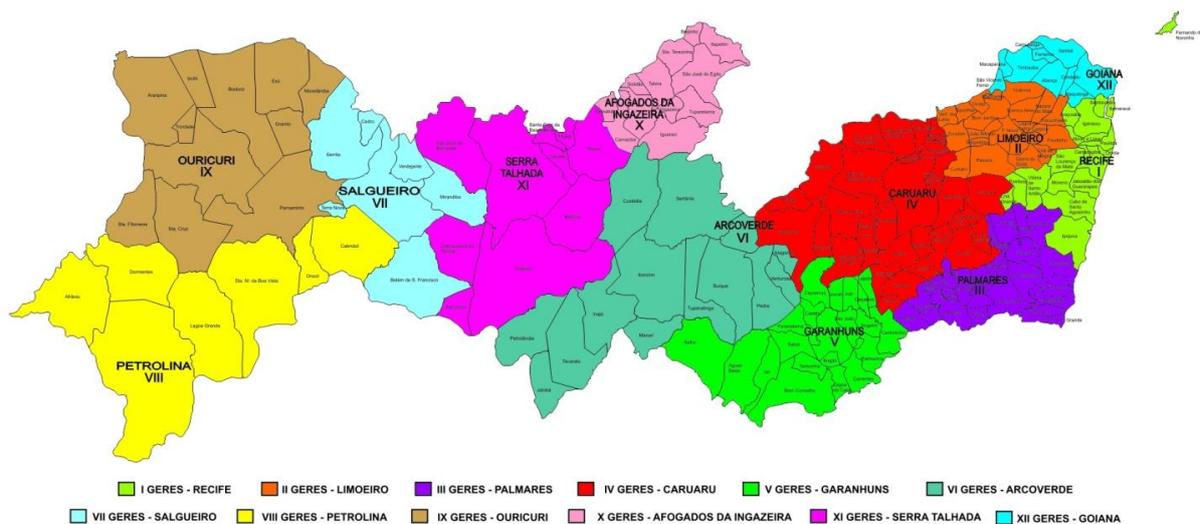


Figura 4 - Mapa do estado de Pernambuco segundo a rede político-administrativa de saúde.
 Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/>

O DSEI Pernambuco (Figura 5) tem sua sede localizada no município do Recife. De acordo com dados disponíveis no Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), referentes ao ano de 2013, o DSEI Pernambuco está organizado em 12 pólos-base, responsáveis por administrar uma população de 49.454 indígenas aldeados, distribuídos em um total de 245 aldeias (BRASIL, 2014b).

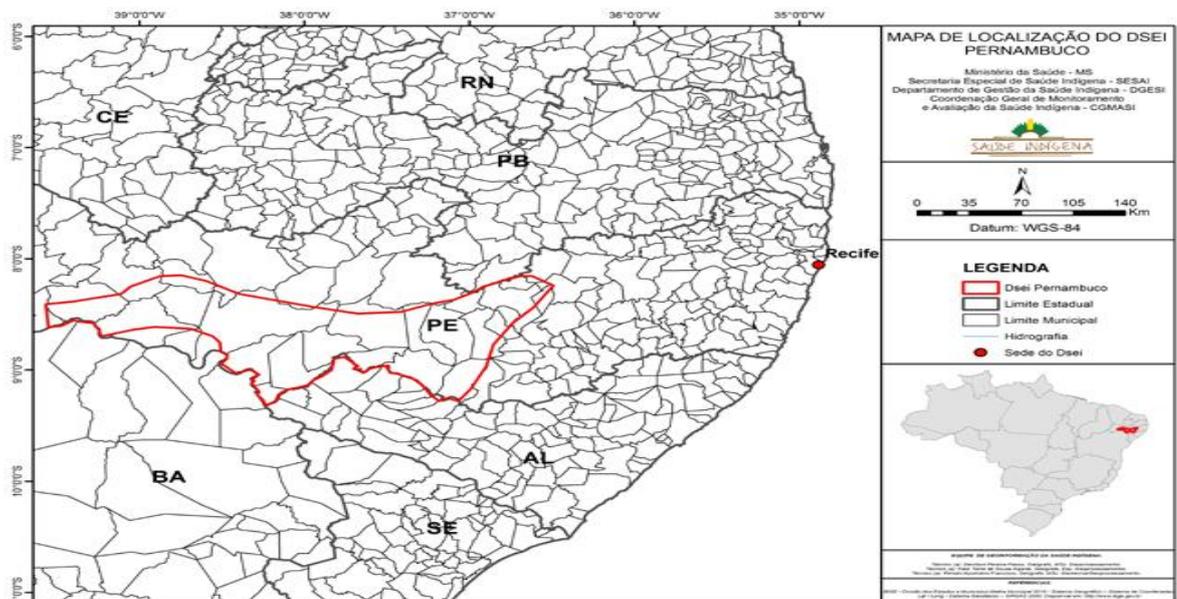


Figura 5 - Mapa de localização do DSEI Pernambuco.

Fonte: Portal da Saúde. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/>

Segundo informações do Censo 2010, a população indígena de Pernambuco distribuiu-se residindo em áreas rurais e urbanas do estado. De maneira geral, maior proporção desta população reside em áreas rurais dos municípios. Entre aqueles que estão domiciliados em áreas urbanas, destacam-se os grupos residentes nos municípios de Carnaubeira da Penha (35,9%) e Águas Belas (13,2%) (Quadro 3).

Quadro 3 - Distribuição proporcional da população indígena por município de residência segundo situação de domicílio (urbano/rural). Pernambuco, 2010

	Total			Urbano			Rural		
	Código	Município	%	Código	Município	%	Código	Município	%
1	2603926	Carnaubeira da Penha	33,6	2603926	Carnaubeira da Penha	35,9	2608057	Jatobá	33,2
2	2608057	Jatobá	21,6	2600500	Águas Belas	13,2	2603926	Carnaubeira da Penha	33,2
3	2614808	Tacaratu	18,6	2609303	Mirandiba	9,2	2610905	Pesqueira	29,7
4	2610905	Pesqueira	14,8	2610905	Pesqueira	9,0	2614808	Tacaratu	28,2
5	2603009	Cabrobó	11,8	2608057	Jatobá	6,5	2603009	Cabrobó	22,5
6	2600500	Águas Belas	9,1	2603009	Cabrobó	5,8	2607406	Itacuruba	14,8
7	2607000	Inajá	8,6	2607406	Itacuruba	5,4	2606606	Ibimirim	14,1
8	2606606	Ibimirim	7,1	2614808	Tacaratu	5,0	2607000	Inajá	14,0
9	2607406	Itacuruba	6,8	2611002	Petrolândia	4,8	2612208	Salgueiro	13,6
10	2611002	Petrolândia	6,6	2605707	Floresta	3,2	2605707	Floresta	13,2

Fonte: IBGE, 2015. Disponível em: <http://indigenas.ibge.gov.br/pt/graficos-e-tabelas-2>

O DSEI Pernambuco compreende uma área que abrange 15 municípios (incluindo Recife). Conta ainda com uma Casa de Apoio à Saúde do Índio (CASAI) – estrutura que dá suporte aos índios que precisam de tratamento em unidades de saúde da região metropolitana do estado – (localizada no município de Camaragibe), e dois polos avançados, localizados nos municípios de Salgueiro e Caruaru. Além da capital do estado, os municípios de Petrolina, Serra Talhada, Arcoverde e Vitória de Santo Antão, constituem pontos de referência para atendimentos de maior complexidade (Figura 6).

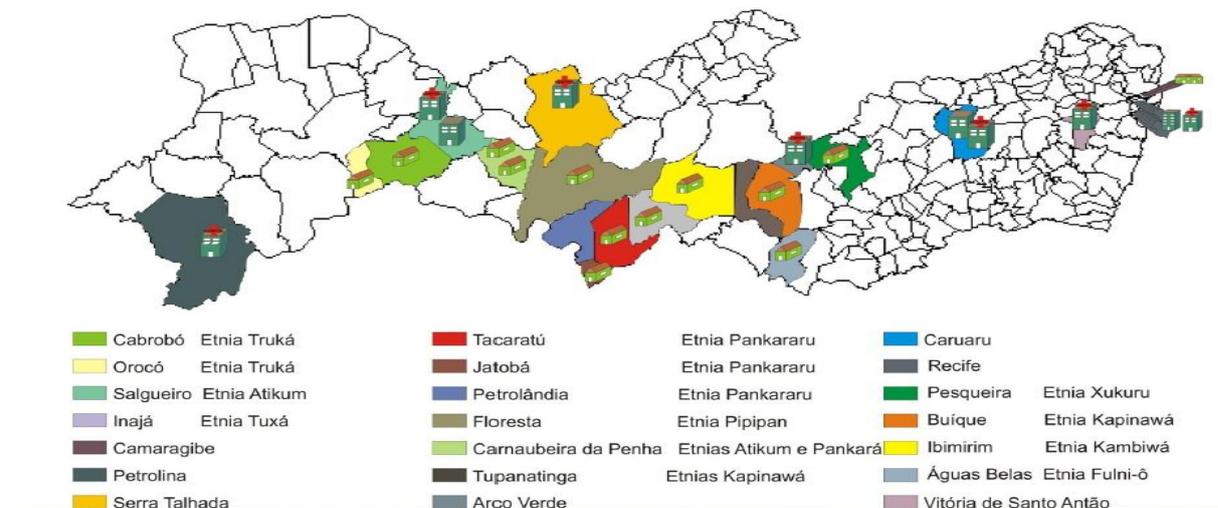


Figura 6 - Mapa da distribuição espacial dos municípios e das respectivas etnias que compõem o DSEI Pernambuco.

Fonte: DSEI Pernambuco.

4.3 População e Período do estudo

A população do estudo foi constituída pelos óbitos de MIF, incluindo os maternos, de residentes no estado de Pernambuco, que ocorreram entre os anos de 2006 a 2012, notificados ao SIM, cujo campo 17, que corresponde à variável raça/cor na Declaração de Óbito (DO), foi preenchido como indígena. Fazem também parte da população estudada os óbitos de MIF e maternos subinformados quanto ao quesito raça/cor ao SIM. Ou seja, aqueles que não tiveram o campo 17 da DO preenchido como indígena, entretanto, foram investigados pelos pólos-base do DSEI Pernambuco e qualificados através do módulo de investigação SIM-Web como sendo óbitos de mulheres aldeadas, ou seja, sob a responsabilidade sanitária do DSEI Pernambuco.

O módulo de investigação SIM-Web, disponibilizado pelo Ministério da Saúde em parceria com a SESAI ao DSEI Pernambuco a partir do ano de 2014, consiste em importante ferramenta que permite a melhoria da qualidade das informações referentes aos óbitos de MIF e maternos indígenas da população sob responsabilidade sanitária do DSEI. Através do módulo de investigação SIM-Web acessado pelo DSEI, é possível qualificar os dados referentes ao quesito raça/cor, além de registrar e agregar informações não contempladas pelos campos da DO, como por exemplo, aldeia e etnia, tornando possível a identificação dos óbitos indígenas aldeados que porventura foram subinformados quanto ao campo raça/cor no SIM. Entretanto, as informações agregadas após a investigação e qualificação dos dados ficam restritas ao módulo de investigação SIM-Web, não sendo repassadas à base de dados do SIM, que permanece subinformada. No DSEI Pernambuco, a responsabilidade de qualificação das informações sobre óbitos, quanto ao quesito raça/cor foi atribuída à vigilância em saúde do nível central.

4.4 Procedimentos técnicos

Foram realizadas visitas técnicas ao DSEI Pernambuco, e a alguns de seus pólos-base, para compreensão do funcionamento da unidade gestora do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com foco na vigilância dos óbitos de MIF e maternos, bem como na assistência à saúde oferecida às mulheres, principalmente no que se refere à saúde sexual, reprodutiva e materna da população indígena aldeada.

Foi utilizado como fonte de dados aqueles contidos na DO, instrumento responsável por fornecer informações ao SIM (Anexos A e B). Trata-se de um documento, que desde meados década de 70, a partir da criação do sistema, tornou-se padronizado. A DO é impressa em três vias numeradas sequencialmente, sob responsabilidade do Ministério da Saúde, que as distribui para as secretarias estaduais de saúde, que por sua vez as repassam às secretarias municipais de saúde até chegar às fontes notificadoras de óbitos (MELLO JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2007). A DO deve ser devidamente preenchida por profissional médico, e de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, a primeira via deverá retornar às secretarias municipais de saúde para que as informações sejam digitadas no SIM. A segunda e a terceira via deverão, respectivamente, ser entregue à família do falecido para o

registro do óbito no cartório civil e ser anexada ao prontuário/documentações do mesmo (Figura 7) (BRASIL, 2011b).

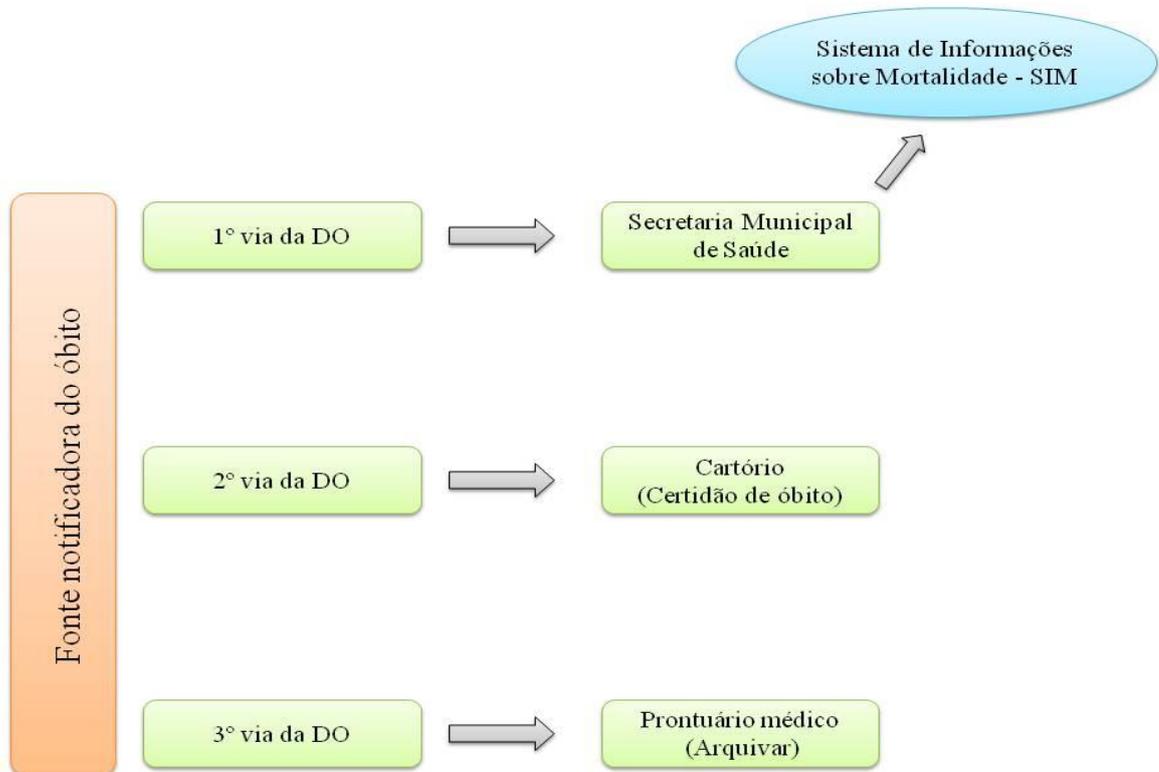


Figura 7 - Fluxo da informação para o Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.
Fonte: Adaptado pela pesquisadora, (BRASIL, 2011b).

Para os casos de óbitos maternos identificados a partir dos óbitos de MIF, a análise descritiva referente às informações do ciclo gravídico-puerperal, foi realizada a partir das informações contidas na Ficha Síntese de Investigação do Óbito Materno - M5 (Anexo C), preconizada pelo Ministério da Saúde. A M5 é um instrumento que deve ser preenchido pelo Grupo Técnico (GT) durante a discussão dos óbitos maternos, constituindo um parecer de encerramento do caso. Nela devem constar informações relevantes, obtidas a partir do processo de vigilância dos óbitos maternos. Depois de preenchida, a mesma deve ser encaminhada ao município de residência para que as informações complementares do caso possam ser inseridas no módulo SIM-Web de investigação dos óbitos de MIF e maternos (p. 31).

A análise dos óbitos maternos teve como fonte de dados o conjunto das investigações (domiciliar e nos serviços de saúde) realizadas pelos municípios de residência das mulheres e disponibilizadas pela área técnica da vigilância do óbito materno da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVS) da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE). As fichas de Notificação do Óbito de Mulheres em Idade Fértil (Anexo D) e Confidencial de Investigação de Morte Materna (Anexo E) constituem instrumentos padronizados utilizados no processo de vigilância epidemiológica do óbito em todo o estado de Pernambuco.

Quando ocorre um óbito de MIF, a Ficha de Notificação do óbito de Mulheres em Idade Fértil deve ser preenchida para desencadear o processo de investigação, e identificar se o mesmo ocorreu durante a gravidez, o parto ou até um ano após o parto. Caso tenha ocorrido em um destes períodos, inicia-se a investigação do óbito materno, utilizando a Ficha Confidencial de Investigação de Morte Materna, que contém informações, tais como: à identificação do óbito, dados pessoais da mulher, sua história reprodutiva e obstétrica, aos serviços prestados na assistência à saúde e aos achados da necropsia (quando realizada) pelo Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) ou pelo Instituto de Medicina Legal (IML).

Como etapa complementar deste estudo, foram realizadas entrevistas com os familiares de algumas mulheres, cujo objetivo foi obter informações que as investigações realizadas anteriormente não deixaram evidentes. Como referência para nortear as entrevistas foi utilizada a Ficha Confidencial de Investigação de Morte Materna. Aos entrevistados foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), que ao concordarem em participar da pesquisa, procederam com sua assinatura.

4.5 Produção dos dados

Foi construído um banco de dados dos óbitos indígenas de MIF, incluindo os maternos, de residentes do estado de Pernambuco que ocorreram entre os anos de 2006 a 2012, através de *linkage* entre os registros notificados ao SIM e ao seu módulo SIM-Web de investigação e qualificação dos óbitos indígenas do DSEI Pernambuco. *Linkage* significa ligação. Esta técnica consiste no emparelhamento entre dois ou mais bancos de dados por meio de uma variável comum, permitindo o estabelecimento de um banco de dados único. A técnica de ligação entre bancos de dados vem sendo utilizada em diversos estudos nacionais e

internacionais, o que possibilita a melhoria na qualidade dos dados e das informações que subsidiam intervenções no campo da saúde pública (SILVA, 2005).

Para este estudo, foi realizado um *linkage* utilizando-se como variável comum aos dois bancos de dados o número da DO, da seguinte maneira:

- 1) A partir da base de dados estadual do SIM, referente aos óbitos de MIF ocorridos no período do estudo, foram selecionados os registros que possuíam o campo 17 da DO, que corresponde à variável raça/cor, preenchidos como indígena. Nesta etapa, foram obtidos 67 registros de óbitos de MIF cujas mulheres foram autodeclaradas como indígenas;
- 2) A partir de relatório dos dados qualificados pelo DSEI Pernambuco, através do módulo de investigação SIM-Web, ou seja, dados referentes apenas a indígenas sob responsabilidade sanitária do DSEI Pernambuco, foram obtidos 81 registros de óbitos de MIF entre os anos estudados;
- 3) Através do número da DO, os 81 registros de óbitos de MIF resultantes do relatório do módulo de investigação SIM-Web foram identificados na base de dados estadual do SIM;
- 4) Foram identificados 33 registros de óbitos de MIF comuns a ambos os bancos de dados, do SIM e do relatório do módulo de investigação SIM-Web, ou seja, eram mulheres autodeclaradas indígenas que viviam sob a responsabilidade sanitária do DSEI Pernambuco;
- 5) Dentre os registros do relatório do módulo de investigação SIM-Web, 48 apresentaram-se subinformados quanto ao campo raça/cor, ou seja, constavam como não indígenas no SIM. E dentre os registros do SIM, 34 eram de óbitos de MIF que não estavam sob responsabilidade sanitária do DSEI Pernambuco, entretanto foram autodeclaradas como de raça/cor indígena (não aldeadas);
- 6) Assim, elaborou-se um banco de dados único contendo 115 registros de óbitos de MIF, entre os quais foram identificados 10 óbitos maternos (Figura 8).

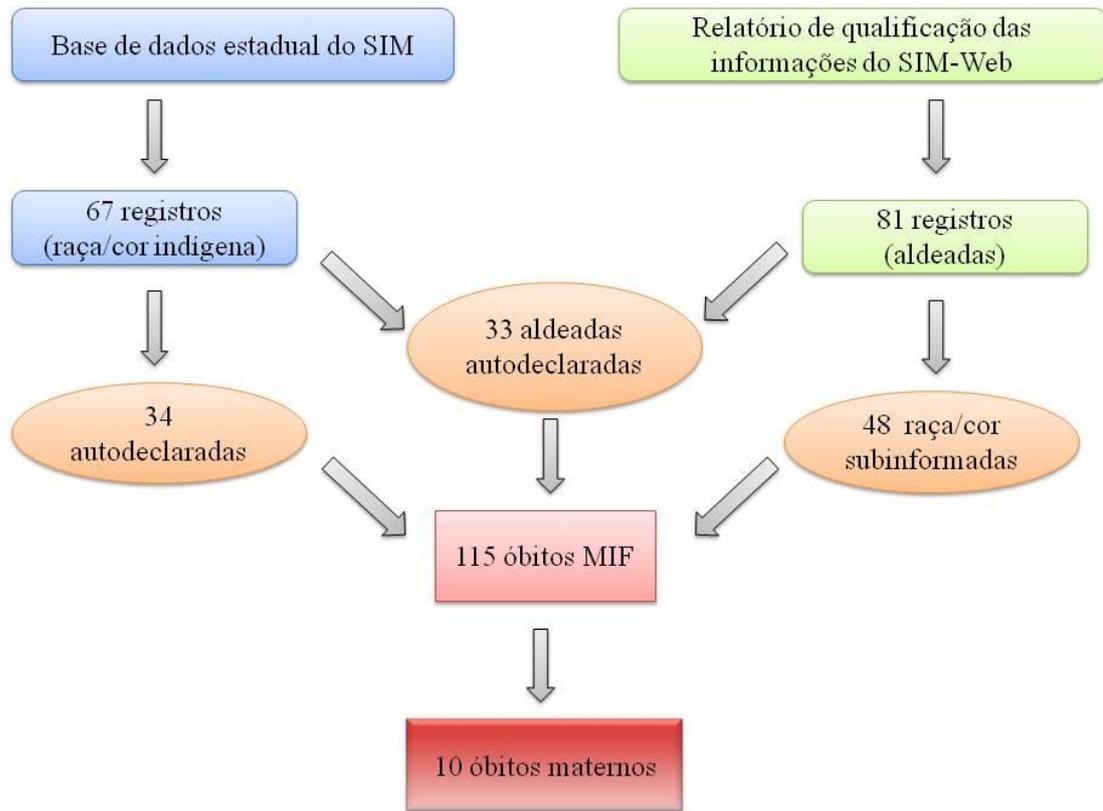


Figura 8 - Fluxograma para elaboração do banco de dados de MIF da pesquisa.
Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Os óbitos de MIF, incluindo os maternos, foram analisados de acordo com as características sociodemográficas, inclusive etnias, e variáveis relacionadas ao óbito; estes foram classificados segundo os grandes grupos de causa distribuídos entre os capítulos da CID-10.

Para os óbitos maternos, foi construído um segundo banco de dados com as variáveis de relevância para a análise das informações referentes ao ciclo gravídico-puerperal. Estas variáveis não estão contempladas na DO, mas puderam ser obtidas a partir da investigação do óbito, e foram validadas durante as discussões no GT. Para a elaboração deste banco de dados, selecionaram-se as variáveis de interesse da Ficha Síntese de Investigação do Óbito Materno - M5 e da Ficha Confidencial de Investigação de Morte Materna, que foram cuidadosamente digitados em uma planilha.

Ainda para os óbitos maternos, foi realizada a leitura criteriosa das investigações disponibilizadas pela área técnica da vigilância do óbito materno da SES-PE, a partir da qual

foi elaborado um quadro reunindo informações importantes utilizadas para subsidiar a análise dos óbitos maternos.

4.5.1 Variáveis de estudo

A) Características sociodemográficas:

Quadro 4 - Variáveis relacionadas às características sociodemográficas.

Variável	Critério de enquadramento/definição	Categorização
Idade	Idade considerada em anos completos, a partir da data de nascimento até o momento do óbito, de acordo com informações registradas na DO.	10 a 19 anos 20 a 29 anos 30 a 39 anos 40 a 49 anos
Raça/cor	Raça/cor da pele da mulher, de acordo com informações registradas na DO.	Branca Preta Amarela Parda Indígena Ignorado
Grau de instrução	Número de anos de estudo, de acordo com informações registradas na DO.	Nenhuma 1 a 3 anos 4 a 7 anos 8 a 11 anos 12 anos e mais Ignorado
Ocupação	Ocupação exercida pela mulher, classificada de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupação, de acordo com informações registradas na DO.	Autônoma Agricultora Estudante Dona de casa Aposentada/pensionista
Situação Conjugal	Situação conjugal no momento do óbito, de acordo com informações registradas na DO.	Solteira Casada Viúva Separada/divorciada União estável Ignorado
Município de Residência	Município de residência no momento do óbito, de acordo com informações registradas na DO.	Municípios que compõem o DSEI Pernambuco Demais municípios
Etnia ¹	Etnia a qual pertencia a mulher, de acordo com informações registradas no relatório de qualificação de dados do módulo de investigação SIM-Web.	Atikum / Fulni-ô Kambiwá / Kapinawá Pankará / Pankararu Pipipan / Truká Tuxá / Xukuru

¹ Apenas foi estudada a etnia dos óbitos de mulheres em idade fértil aldeadas, ou seja, daquelas que se encontravam sob responsabilidade sanitária do DSEI Pernambuco.

B) Características do óbito:

Quadro 5 - Variáveis relacionadas ao óbito.

Variável	Critério de enquadramento/definição	Categorização
Município de ocorrência do óbito	Município de ocorrência do óbito, de acordo com informações registradas na DO.	Municípios que compõem o DSEI Pernambuco Demais municípios
Local de ocorrência do óbito	Local onde ocorreu o óbito, de acordo com informações registradas na DO.	Hospital Domicílio Via pública Outros Ignorado
Causa básica da morte ¹	Causa básica do óbito, segundo a CID-10, de acordo com informações registradas na DO.	Codificação de acordo com a CID-10
Necropsia	Se a necropsia fora realizada de acordo com informações registradas na DO.	Sim Não Ignorado
Assistência médica	Se a mulher recebeu assistência médica no momento do óbito, de acordo com informações registradas na DO.	Sim Não Ignorado
Óbitos em mulheres ²	Circunstâncias em que ocorreu o óbito em relação ao ciclo gravídico-puerperal, de acordo com informações registradas na DO, relativas ao campo designado para as mulheres em idade fértil (campos 43 e 44).	Campo 43: A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? Sim Não Ignorado Campo 44: A morte ocorreu durante o puerpério? Sim, até 42 dias Sim, entre 43 dias e 1 ano Não Ignorado

¹ Segundo a OMS (2009), convencionou-se como “causa básica de morte” a doença ou lesão inicial que desencadeou as demais patologias que acarretaram o óbito, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal.

² No ano de 2011, o Ministério da Saúde instituiu um novo modelo da DO (Anexo B), no qual a variável referente ao momento do óbito foi unificada, e passou a ser analisada através do campo 37. Para esta pesquisa, optou-se por analisar o momento do óbito utilizando-se o modelo antigo da DO (Anexo A), ou seja, através dos campos 43 e 44. Considerou-se que durante a maior parte dos anos estudados a análise desta variável foi realizada através destes campos.

C) Características do ciclo gravídico-puerperal.

Quadro 6 - Variáveis relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal.

Variável	Critério de enquadramento/definição	Categorização
Paridade/gestações anteriores.	Número de gestações que resultaram em nascidos vivos ou mortos, excluindo a gestação atual, conforme categorização utilizada em estudo realizado por Almeida e Mello Jorge (1998) e conceituado por Zugaib (2012), de acordo com informações registradas na ficha M5.	Nulípara: nenhuma gestação Multípara: 1 a 4 gestações Grande multípara: 5 ou mais gestações
Realização do pré-natal	Se a mulher realizou pré-natal, de acordo com informações registradas na ficha M5.	Sim Não Ignorado
Início do pré-natal	Trimestre gestacional em que a mulher realizou a primeira consulta do pré-natal, de acordo com informações registradas na ficha M5.	1º trimestre 2º trimestre 3º trimestre Ignorado
Número de consultas de pré-natal	Número de consultas de pré-natal realizadas pela mulher, de acordo com informações registradas na ficha M5.	Nenhuma consulta De 1 a 4 consultas De 5 a 6 consultas 7 e mais consultas Ignorado
Adequação do pré-natal	Classificação da adequação da assistência pré-natal, segundo índice proposto por Kotelchuck apud Leal et al (2004) e adaptado por Leite (2006), de acordo com as informações registradas na ficha M5.	Sem pré-natal Inadequado: pré-natal iniciado após o 4º mês de gestação, independente do número de consultas realizadas; Intermediário: pré-natal iniciado antes do 4º mês de gestação, e realizado 50 a 79% do número de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde. Adequado: pré-natal iniciado antes do 4º mês de gestação e realizado 80% do número de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde.
Tipo de parto	Via de parto que culminou com o término da gestação anterior ao óbito, de acordo com informações registradas na ficha M5.	Vaginal Cesárea
Local de ocorrência do parto	Local onde ocorreu o parto, de acordo com informações registradas na ficha M5.	Hospital Domicílio Via pública Outros Ignorado Não ocorreu parto

Momento do óbito em relação à gravidez	Circunstâncias em que ocorreu o óbito em relação ao ciclo gravídico-puerperal, de acordo com informações registradas na ficha M5.	Durante o abortamento Após o abortamento Durante a gestação Durante o trabalho de parto, mas antes do bebê nascer No parto ou até uma hora após o parto No puerpério, até 42 dias do término da gestação Entre o 43º dia e 1 ano após o término da gestação
Número de unidades de saúde que a mulher procurou ou foi encaminhada/transferida	Número de unidades de saúde procuradas pela mulher, ou para as quais a mulher necessitou ser encaminhada/transferida afim obter assistência no momento do óbito (que pode incluir o momento do parto), de acordo com informações registradas na ficha Confidencial de Investigação de Morte Materna.	Nenhuma 1 unidade de saúde 2 unidades de saúde 3 ou mais unidades de saúde
Classificação do óbito	Classificação da causa básica do óbito materno, a partir da CID-10, e sua identificação imediata na DO, de acordo com informações registradas na ficha M5.	Obstétrico direto Obstétrico indireto Declarado Não declarado
Evitabilidade	Conclusão do Grupo Técnico que discutiu o caso diante da possibilidade de evitar o óbito materno, de acordo com informações registradas na ficha M5.	Evitável Provavelmente evitável Provavelmente inevitável Inconclusivo

O escore: “Sumário de adequação do índice de utilização do cuidado pré-natal”, inicialmente proposto por Kotelchuck (1994) apud Leal et al. (2004), é utilizado para avaliação do cuidado pré-natal através do número de consultas de pré-natal baseado em seu mês de início, e na relação entre o número de consultas realizadas em relação ao número de consultas esperadas, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, para a idade gestacional no momento do parto ou aborto. Para este estudo, no que diz respeito às mulheres que foram a óbito antes do término da gestação, o número de consultas esperadas foi calculado com base na idade gestacional em que a gestante se encontrava no momento do óbito.

Leal et al. (2004), propôs a utilização de cinco extratos para a classificação deste escore, da seguinte forma: 1. Não realizou pré-natal (categoria não avaliada por Kotelchuck, por excluir em sua proposta original àquelas mulheres que não haviam realizado pré-natal); 2. Inadequado: mulheres que iniciaram o pré-natal após o 4º mês de gestação independente do número de consultas realizadas ou que iniciaram o pré-natal antes do 4º mês de gestação, no

entanto, realizaram menos de 50% das consultas esperadas para a idade gestacional; 3. Intermediário: mulheres que iniciaram o pré-natal antes do 4º mês e realizaram 50 a 79% das consultas esperadas para idade gestacional; 4. Adequado: mulheres que iniciaram o pré-natal antes do 4º mês de gestação e realizaram 80 a 109% das consultas esperadas para idade gestacional; e 5. Mais que adequado ou intensivo: mulheres que iniciaram o pré-natal antes do 4º mês de gestação e realizaram 110% das consultas esperadas para idade gestacional.

Leite (2006) adaptou a classificação proposta por Leal et al. (2004), ao considerar que o número de consultas de pré-natal superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde poderia ser resultante da presença de morbidades clínicas ou obstétricas, as quais necessitariam de um acompanhamento mais rigoroso e demandaria um número superior que consultas de pré-natal, o que tornaria a qualidade do cuidado pré-natal adequado às necessidades destas mulheres. Por esta razão, a autora unificou as classificações 4 e 5 da proposta anterior em uma única categoria, denominada adequada. Para fins do presente estudo, utilizou-se para avaliar o critério de adequação do pré-natal a classificação proposta por Leite (2006).

De acordo com os Cadernos de Atenção Básica para atenção ao Pré-natal de Baixo Risco, o Ministério da Saúde recomenda a realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal durante a gravidez e uma no puerpério. Até a 28ª semana de gestação, as consultas devem ser realizadas mensalmente, da 28ª a 36ª semanas, as consultas passam a ser quinzenalmente, e a partir da 37ª semana, o intervalo mínimo de tempo entre uma consulta e a subsequente, deve ser de apenas uma semana (BRASIL, 2009e; BRASIL, 2012).

Considerando o conceito apresentado por Barcellos, Souza e Machado (2009) apud Ministério da Saúde (2003), define-se como vias de parto:

Vaginal – procedimento no qual o concepto nasce por via vaginal;

Cesárea – procedimento cirúrgico no qual o concepto é extraído do útero a partir de incisão cirúrgica abdominal.

Segundo Montenegro e Filho (2008), abortamento é a expulsão do concepto antes de 22 semanas de gestação e pesando menos de 500g, podendo ser espontâneo ou provocado. Este conceito é ampliado pelo Ministério da Saúde (2009a) que refere não apenas a expulsão, como também a extração do produto da concepção, que pode ter estatura inferior a 25cm.

O parto compreende um conjunto de mecanismos fisiológicos onde o produto da concepção e seus anexos são expulsos do organismo materno. Compreende quatro fases, a saber: a dilatação, que compreende a fase das contrações uterinas dolorosas; a expulsão, iniciada após a dilatação completa que se encerra com a saída do feto; o secundamento, caracterizada pelo desprendimento da placenta, posteriormente expelida; e a quarta fase, ou período de Greenberg, na qual se considerada a primeira hora após a saída da placenta, é também o momento onde há maior risco materno, devido a complicações iminentes (MONTENEGRO; FILHO, 2008).

Após o parto, inicia-se o processo pelo qual o organismo retorna às condições vigentes antes da gravidez, é o período conhecido como puerpério. O puéperio precoce estende-se até o 42º dia pós-parto. A partir do 43º dia até 1 ano do término da gestação, a mulher encontra-se no período chamado de puerpério tardio ou remoto (BRASIL, 2009a; MONTENEGRO; FILHO, 2008).

4.5.2 Razão de Mortalidade Materna (RMM)

A RMM representa o risco de morte por causas maternas a cada 100.000 NV (p. 29), calculada através da seguinte expressão:

$$RMM = \frac{\text{Número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna}}{\text{Número de nascidos vivos de mães residentes}} \times 100.000$$

De acordo com a RIPSА (2008), a categoria sugerida para a análise deste indicador é a unidade geográfica (Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal). Para esta pesquisa, a RMM foi calculada para a série de anos em estudo (2006-2012), incluindo os óbitos maternos indígenas ocorridos entre 43 dias e 1 ano após o parto, como estratégia de minimizar a oscilação ocasionada pelos pequenos números envolvidos, considerando a especificidade da população em análise.

Neste sentido, calculou-se separadamente a RMM para população indígena aldeada e para a população indígena total do estado (soma entre aldeadas e autodeclarados não aldeadas). Para a população indígena aldeada, utilizou-se como numerador o número de

óbitos maternos de indígenas aldeadas, e como denominador da razão, o número de NV foi obtido através das planilhas consolidadas de nascimentos fornecidas pelo DSEI Pernambuco. Para a população indígena total do estado, utilizou-se como numerador o número de óbitos maternos da população total, e como denominador da razão, o número de NV registrados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Esta estratégia metodológica foi utilizada em virtude da impossibilidade de realizar um *linkage* entre os dados fornecidos pelo DSEI Pernambuco e pelo SINASC, semelhante ao utilizado para a elaboração do banco de dados dos óbitos de MIF, utilizados neste estudo (p. 47). Tal fato decorre de não se dispor de uma variável comum a ambos os bancos de dados, uma vez que o DSEI Pernambuco não possui registros individuais de NV para todos os anos analisados nesta pesquisa, disponibilizando apenas de dados consolidados.

A não realização do *linkange* para esta etapa do estudo impossibilitou a identificação e diferenciação entre NV de mães indígenas aldeadas e NV de mães indígenas autodeclaradas não aldeadas, processo que poderia evidenciar o número de NV subinformados quanto ao quesito raça/cor no momento do preenchimento da Declaração de Nascidos Vivos (DN) (Anexo F).

4.6 Análise dos dados

Foi realizada a análise descritiva das variáveis selecionadas pelo estudo que apresentaram completude dos campos superior a 70%. Apesar de pesquisas, como a realizada por Alves (2011), analisar apenas as variáveis que não ultrapassaram 20% de incompletude, o presente estudo adotou a classificação proposta por Mello Jorge (1996) apud Silva et al. (2001) na qual a análise de uma variável é considerada excelente quando o percentual de dados ignorados ou não informados for inferior a 10%; bom quando estão entre 10 e 29,9%; e ruim quando superior a 30%. Esta estratégia foi utilizada para garantir a análise de um conjunto maior de variáveis, uma vez que a população estudada é especial e o número de registros que compõem o banco de dados da pesquisa é pequeno, o que pode justificar a elevada quantidade de dados ignorados ou não informados.

Foram compatibilizados o banco de dados do SIM e o relatório de dados qualificados do seu módulo de investigação SIM-Web, utilizando-se o *software* do Microsoft Office Excel

2007, que teve como objetivo consolidar os registros das duas fontes de informações elaborando um banco de dados único dos óbitos de MIF indígenas, através do *linkage*. O mesmo *software* foi utilizado para consolidar e analisar as informações provenientes das fichas Síntese de Investigação do Óbito Materno - M5 e Confidencial de Investigação de Morte Materna, elaborando-se uma planilha na qual foram inseridas variáveis de relevância para o estudo dos óbitos maternos indígenas, não contempladas na DO.

Para fins de análise quantitativa, foi utilizado o programa de tabulação de dados em saúde Tabwin, versão 3.2 e os resultados foram apresentados em formato de gráficos e tabelas.

A análise dos fatores envolvidos na ocorrência dos óbitos maternos foi realizada utilizando-se como referencial teórico o modelo de atraso propostos por Thaddeus e Maine (1994). Vários são os fatores que podem contribuir para a ocorrência de um óbito materno. Os autores consideram que retardos na obtenção do cuidado a partir do início da complicação obstétrica, são os principais responsáveis pelo desfecho negativo de uma gravidez. Reconhecer precocemente a necessidade de assistência à saúde, chegar a um serviço de saúde em tempo oportuno e receber cuidado obstétrico de qualidade são fatores que poderiam contribuir para evitar mortes maternas.

Ainda que uma mulher decida oportunamente procurar um serviço de saúde, poderá se deparar com barreiras ao seu acesso, que retardam a assistência oportuna. Por sua vez, ao chegar ao serviço de saúde, poderá encontrar dificuldades na obtenção do cuidado adequado à complexidade da intercorrência/complicação obtétrica. Nesta perspectiva, as barreiras, dificuldades ou retardos que podem desencadear a ocorrência de óbito materno foram classificados em três fases, conhecidas como modelo *Three Delays Model* (Figura 9).

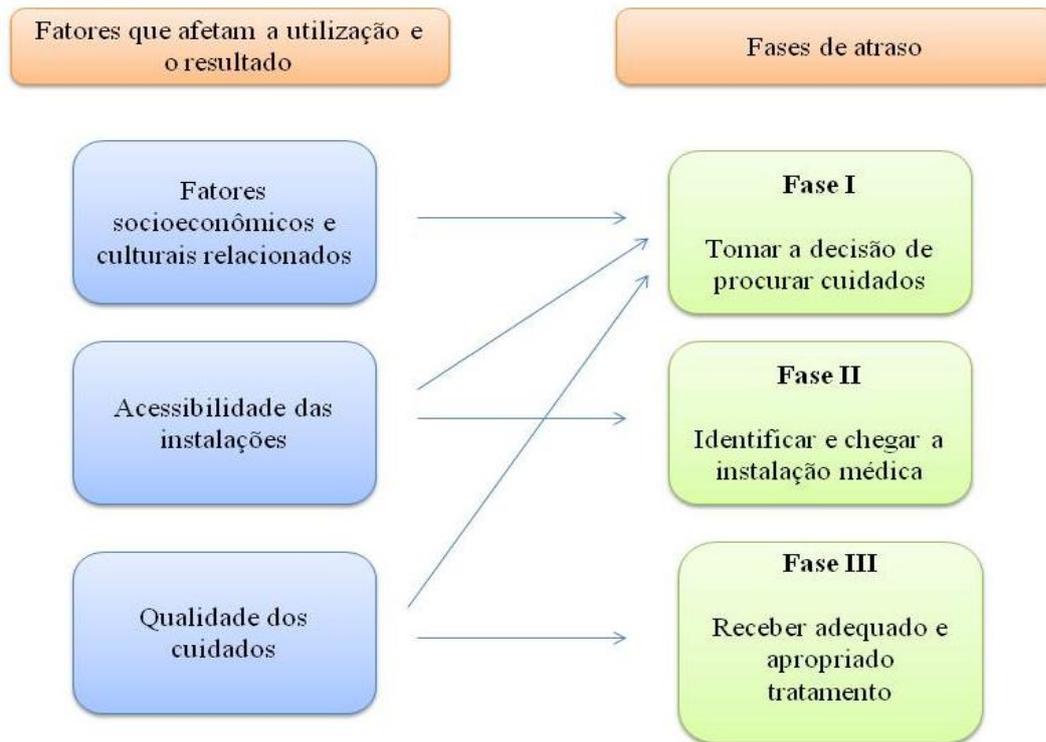


Figura 9 - *The Three Delays Model*
 Fonte: Thaddeus e Maine (1994)

Fase I: Retardo na decisão na busca da assistência à saúde, por parte da própria mulher ou de sua família; envolvem fatores como percepção dos sinais, sintomas e características da intercorrência obstétrica, distância até o serviço de saúde, condições financeiras que permitam o deslocamento e o acesso ao serviço; percepção da qualidade do cuidado prestado através de experiência anterior.

Fase II: Retardo em chegar ao serviço de saúde; agrupa fatores como a localização do serviço na rede de assistência à saúde, a distância e o tempo de deslocamento até a obtenção do cuidado, tipo, custo e disponibilidade de transporte, condições das vias de acesso ao serviço de saúde.

Fase III: Retardo em receber a assistência obstétrica adequada; envolvem fatores como serviço de saúde de referência compatível com o nível de complexidade da intercorrência obstétrica, disponibilidade de equipamentos e insumos e disponibilidade de profissionais capacitados a atender às complicações obstétricas.

4.7 Aspectos éticos

Este trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (CAAE nº: 37649214.0.0000.5208), atendendo às exigências da resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual faz referência ao desenvolvimento de pesquisas científicas envolvendo seres humanos (Anexo G).

O projeto de pesquisa também foi apresentado durante reunião ordinária do Conselho Distrital de Saúde Indígena de Pernambuco (CONDISI), realizada no dia 29 de Agosto de 2014, no município de Arcoverde-PE, onde foi obtida a aprovação, por maioria de votos, favoráveis ao seu desenvolvimento. O CONDISI é responsável por fiscalizar, debater e apresentar políticas para o fortalecimento de saúde em âmbito regional. É composto por representantes de cada etnia do estado, eleitos pela comunidade indígena; por profissionais que atuam na atenção à saúde indígena do DSEI; e membros das três esferas de governo; possui caráter permanente, paritário e deliberativo (BRASIL, 2014b; SANTOS et al., 2008). Todas as pesquisas científicas envolvendo a população indígena devem ser submetidas à sua apreciação. Os resultados da pesquisa, bem como suas conclusões e recomendações serão posteriormente apresentados ao CONDISI.

O estudo preservou a confidencialidade dos dados e o anonimato das mulheres que foram a óbito, bem como dos familiares entrevistados, profissionais e unidades de saúde ou de qualquer outra pessoa que tenha contribuído com alguma informação durante o processo de produção dos dados. Teve ainda o cuidado em não ocasionar quaisquer danos ou desrespeito a população indígena, no que se refere às práticas em saúde e a sua cultura como um todo.

4.8 Limites do estudo

O principal limite deste estudo é a subinformação. Por utilizar uma base dados secundários, a pesquisa esteve susceptível à incompletude das informações coletadas pelos instrumentos (ignoradas ou não informadas), interferindo no momento da análise. Além disso, o conjunto das investigações realizadas pela área técnica de vigilância do óbito materno da SES-PE, também pode ter sofrido influência da subinformação, uma vez que por insegurança,

desconhecimento ou recusa, os entrevistados podem, por vezes, omitir o conteúdo de informações relevantes.

Apesar de o DSEI Pernambuco possuir o SIASI, sistema de informação implantado simultaneamente em todos dos DSEI do Brasil a partir do ano 2000, desde o ano de 2014, após ter sido realizada a substituição para a atualização de uma nova versão, o sistema deixou de gerar informações de registros individuais, apresentando-se hoje em formato de painel consolidado dos dados. Diante da impossibilidade de obter os registros individuais do SIASI, proposta inicial da pesquisa, optou-se por utilizar as informações qualificadas do módulo de investigação SIM-Web para a realização do *linkage* com o banco de dados do SIM. As informações disponíveis no módulo de investigação SIM-Web foram inseridas retroativamente para dados disponíveis a partir do ano de 2006, justificando o estudo da série histórica dos anos 2006 a 2012.

A não disponibilidade de registros individuais referentes aos NV de mães indígenas aldeadas, que também deveriam estar entre as informações contidas no SIASI, impossibilitou a identificação de NV subinformados quanto ao quesito raça/cor ao SINASC.

Além disso, o DSEI, enquanto unidade gestora tem como responsabilidade sanitária a assistência apenas à população indígena aldeada, logo as informações complementares disponíveis no módulo de investigação SIM-Web referem-se apenas a esta população, não abrangendo a população indígena não-aldeada.

5. RESULTADOS

5.1 Caracterização dos óbitos de mulheres em idade fértil indígenas

Foram estudados 115 óbitos de mulheres em idade fértil de residentes no estado de Pernambuco, ocorridos entre os anos de 2006 a 2012, registrados no SIM e/ou no seu módulo de investigação SIM-Web como sendo de raça/cor indígena. Destes, 70,4% representam a população de mulheres indígenas aldeadas. Quando analisada a distribuição dos óbitos por faixa etária, observou-se que 41,7% destes se concentraram entre 40 a 49 anos. Os estratos intermediários, de 30 a 39 anos e de 20 a 29 anos, apresentaram-se com proporções aproximadas, de 25,2% e 20,0% respectivamente, sendo a faixa etária mais jovem aquela com menor proporção de óbitos (13,0%) (Tabela 3).

De acordo com as informações registradas na DO referentes ao quesito raça/cor, evidenciou-se que apenas 58,3% dos óbitos de MIF foram informados corretamente ao SIM como indígenas. A partir do *linkage* foram agregados ao banco de dados em estudo 41,7% de óbitos de MIF os quais não haviam sido informados inicialmente como raça/cor indígena ao SIM, entretanto foram identificados como mulheres indígenas aldeadas, que viviam sob a responsabilidade sanitária do DSEI Pernambuco. Nota-se que em 27,8% dos casos a inconsistência dos dados procedeu-se com o registro da variável raça/cor parda em detrimento da indígena (Tabela 3).

Quanto ao grau de instrução, verificou-se elevado percentual de registros ignorado/não informado (27,0%). A baixa escolaridade da população ficou evidente através do número proporcional de mulheres com nenhuma escolaridade (23,5%) quando comparadas àquelas com 8 a 11 anos de estudo (7,0%). Para este grupo não foi observado nenhum registro para a categoria “mais de 12 anos de escolaridade” (Tabela 3).

Em relação à ocupação, observou-se que mais da metade das mulheres trabalhavam em atividades relacionadas à agricultura (53,0%) e que 11,3% delas eram donas de casa. Esta variável também apresentou número significativo de registros ignorado/não informado (26,1%). No que diz respeito à situação conjugal, o percentual mais expressivo correspondeu às mulheres solteiras (52,2%) seguidas das casadas (38,3%). As mulheres viúvas e em união estável somaram apenas 3,4% dos registros (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição proporcional dos óbitos de mulheres em idade fértil indígenas segundo características sociodemográficas. Pernambuco 2006-2012

Faixa etária (anos)	N (n=115)	%
10-19	15	13,0
20-29	23	20,0
30-39	29	25,2
40-49	48	41,7
Raça/cor	N (n=115)	%
Branca	05	4,3
Preta	08	7,0
Parda	32	27,8
Indígena	67	58,3
Ignorado/Não informado	03	2,6
Grau de Instrução	N (n=115)	%
Nenhuma	27	23,5
De 1 a 3 anos	25	21,7
De 4 a 7 anos	24	20,9
De 8 a 11 anos	08	7,0
Ignorado/Não informado	31	27,0
Ocupação	N (n=115)	%
Autônomo	01	0,9
Agricultora	61	53,0
Estudante	05	4,3
Dona de Casa	13	11,3
Aposentado/Pensionista	05	4,3
Ignorado/Não informado	30	26,1
Situação Conjugal	N (n=115)	%
Solteira	60	52,2
Casada	44	38,3
Viúva	02	1,7
União estável	02	1,7
Ignorado/Não informado	07	6,1

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à distribuição espacial dos óbitos de MIF indígenas segundo município de residência, observou-se que o município com maior número de óbitos notificados no SIM foi

Carnaubeira da Penha, que registrou 17 óbitos (14,8%), seguido pelos municípios de Pesqueira, com 15 óbitos (13,0%), Cabrobó, com 13 óbitos (11,3), Tacaratu, com 10 óbitos (8,7%) e os municípios de Águas Belas e Jatobá que registraram 08 óbitos cada um (7,0%). Destaca-se que os municípios que registraram as maiores proporções de óbitos por residência foram àqueles que possuem aldeias, ou seja, que compõem o DSEI Pernambuco (Figura 10).

Entre os óbitos de MIF indígenas residentes em demais municípios do estado, que não fazem parte do DSEI Pernambuco, 13,9% (16 óbitos) se distribuíram entre os municípios de Lajedo, Mirandiba, Arcoverde, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Petrolina e Recife, que registraram apenas dois ou três óbitos cada durante o período do estudo (Figura 10).

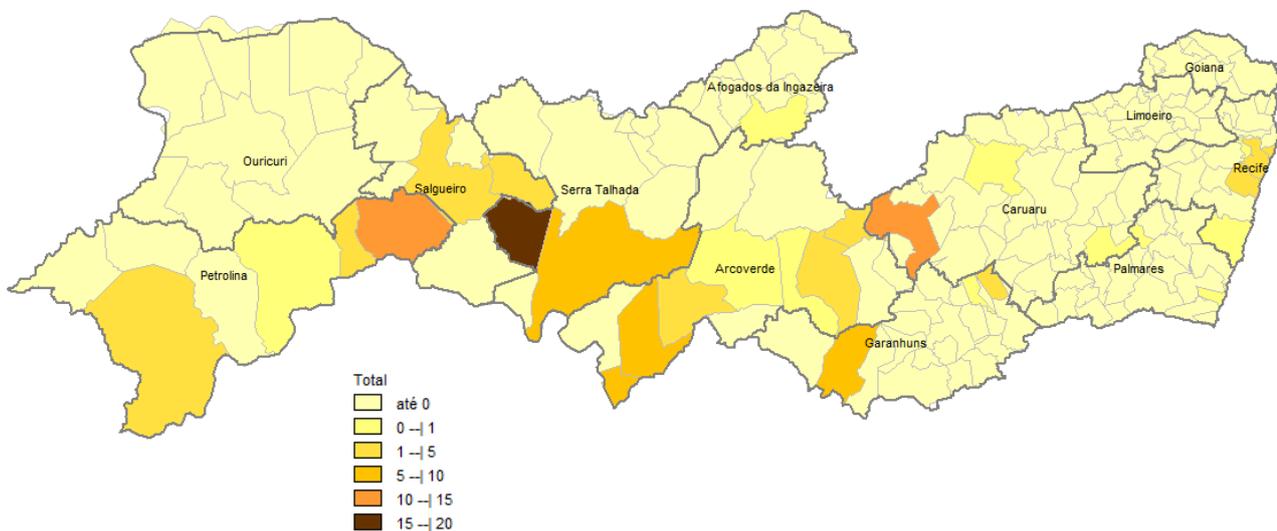
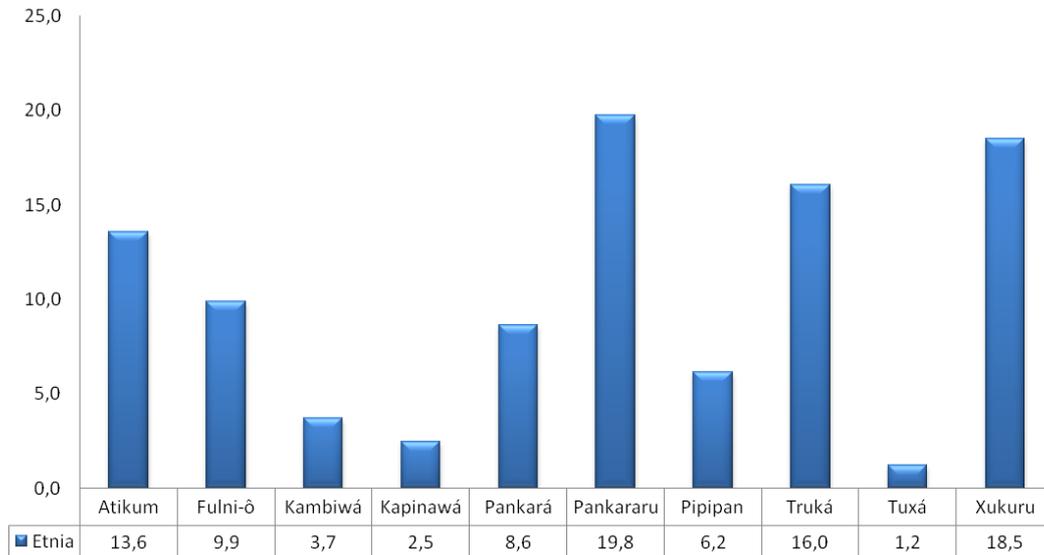


Figura 10 - Mapa da distribuição espacial do número de óbitos de MIF indígenas segundo município de residência.

Fonte: Dados da pesquisa.

Quando considerados apenas os óbitos de MIF indígenas aldeadas ($n = 81$), observa-se que todas as 10 etnias do estado registraram óbitos de MIF. As etnias Pankararu, Xukuru, e Truká, juntas, concentraram mais da metade dos óbitos (54,3%). As etnias Fulni-ô e Pankará também apresentaram percentual significativo de óbitos, 9,9% e 8,6% respectivamente. A etnia com o menor número proporcional de óbitos foi a Tuxá que registrou apenas 1,2% dos óbitos durante os anos estudados (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição proporcional dos óbitos de mulher em idade fértil indígenas segundo etnias. Pernambuco, 2006-2012



Fonte: Dados da pesquisa.

A análise dos óbitos segundo município de ocorrência evidenciou que em 45,2% dos casos as mulheres de raça/cor indígena se deslocaram de seus municípios de residência na ocasião do óbito. Recife foi o município que absorveu o fluxo mais intenso de óbitos provenientes de mulheres residentes em outros municípios (44,2%), seguido por Petrolina (11,5%), Salgueiro (9,6%) e Caruaru (7,7%). Apenas 3,5% dos óbitos ocorreram em outros estados (Figura 11).

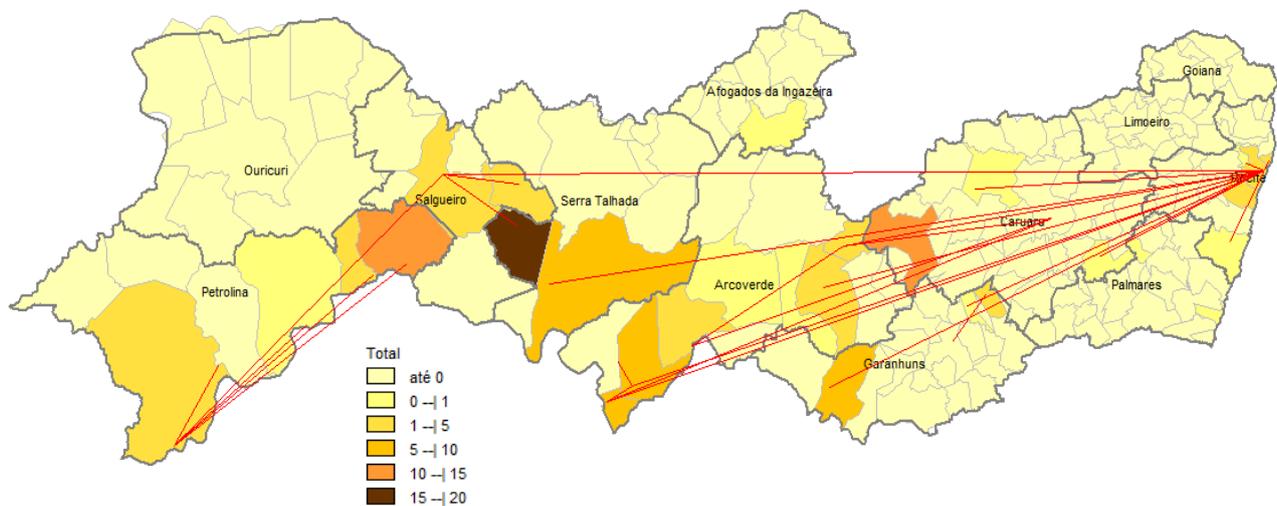


Figura 11 - Mapa de fluxo da distribuição do número de óbitos de MIF indígenas segundo município de ocorrência em relação ao município de residência de origem.

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto às características relacionadas ao óbito, identificou-se incompletude das variáveis referentes à assistência médica e aos “óbitos em mulheres”, cuja análise não foi realizada. Ambas variáveis apresentaram respectivamente 33,9% e 40,9% (para o campo associado à gravidez, parto ou aborto) e 42,6% (para o campo associado ao puerpério) de registros ignorados ou não informados, ultrapassando o ponto de corte estabelecido pelo estudo de até 30% (MELLO JORGE, 1996 apud SILVA et al., 2001).

Mais da metade dos óbitos de MIF indígenas ocorreram em unidades hospitalares (54,8%). O segundo local de ocorrência do óbito mais frequente foi o domicílio, onde ocorreram 33,9% dos óbitos, seguidos pelos óbitos ocorridos em via pública (7,0%) e outros locais (4,3%). Apenas para uma pequena proporção de óbitos (14,8%) foi realizada necropsia pelo Instituto de Medicina Legal (IML) ou pelo Serviço de Verificação de Óbitos (SVO). Em 28,7% dos registros, o preenchimento desta variável foi ignorado/não informado (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição proporcional dos óbitos de mulheres em idade fértil indígenas segundo características do óbito. Pernambuco 2006-2012

Local de Ocorrência	N (n=115)	%
Hospital	63	54,8
Domicílio	39	33,9
Via publica	08	7,0
Outros	05	4,3
Necropsia	N (n=115)	%
Sim	17	14,8
Não	65	56,5
Ignorado/Não informado	33	28,7

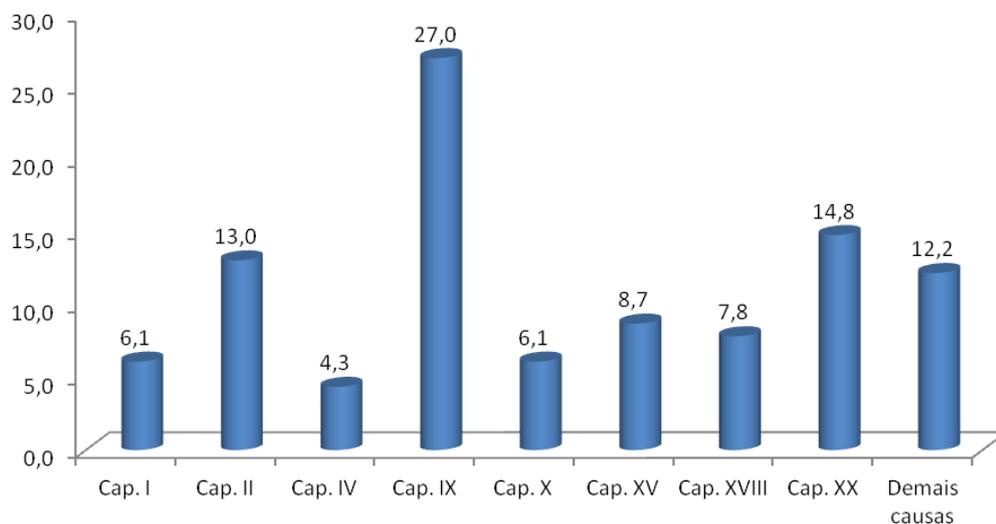
Fonte: Dados da pesquisa.

As causas básicas de óbito entre as MIF indígenas foram agrupadas de acordo com os capítulos da CID-10. Para fins didáticos, o grupo “demais causas” agregou causas pertencentes aos capítulos III, V, VI, XI, XIII, XIV e XVII, cujas frequências absolutas não ultrapassaram 03 óbitos durante todo o período do estudo.

As doenças do aparelho circulatório (Cap. IX – I00-I99) se configuraram como o principal grupo de causas básicas de óbito de MIF indígenas entre os anos analisados, representando 27,0% do total de óbitos. O grupo responsável por concentrar o segundo maior número proporcional de causas básicas de óbito (14,8%) na população estudada, foram as causas externas (Cap. XX – V01-Y98). As neoplasias (Cap. II – C00-D48) foram responsáveis por 13,0% dos óbitos, se caracterizando como o terceiro mais expressivo grupo de causas básicas de óbito durante o período em estudo (Gráfico 2).

Entre os óbitos de MIF, as causas maternas, que dizem respeito ao grupo das complicações durante a gravidez, o parto e o puerpério (Cap. XV – O00-O99), representaram a quarta causa básica de morte entre as mulheres de raça/cor indígena, concentrando 8,7% dos óbitos (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição proporcional dos óbitos de mulheres em idade fértil indígenas segundo principais causas básicas de óbito agrupadas por capítulos da CID-10. Pernambuco 2006-2012



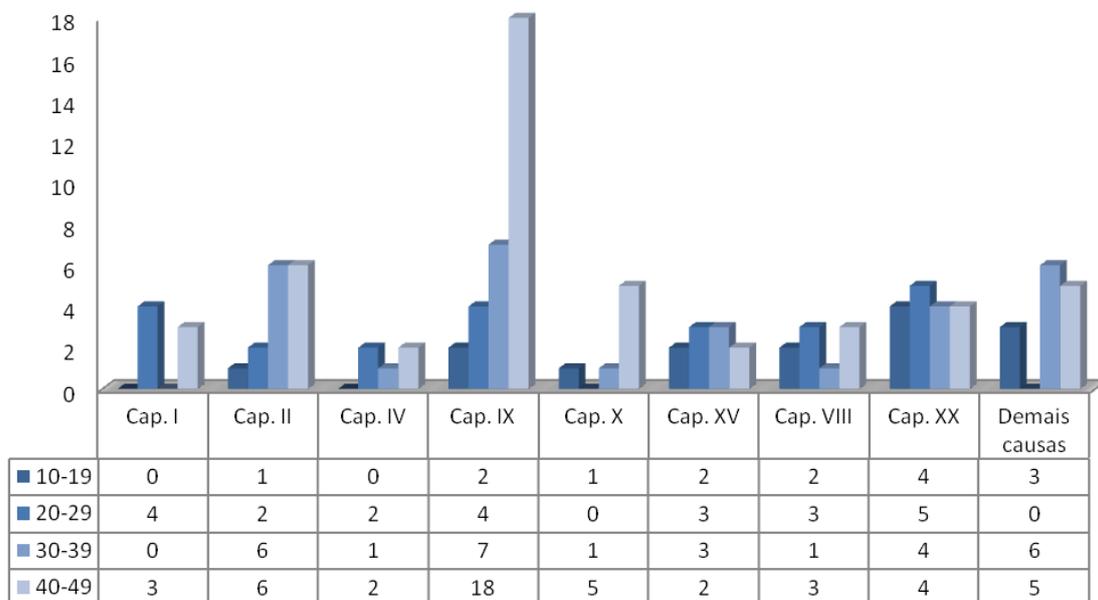
Fonte: Dados da pesquisa.

Ao proceder com a análise dos grupos de causas básicas de óbito entre as MIF indígenas distribuídas segundo faixa etária, destaque deve ser dado à elevada frequência absoluta de óbitos no estrato etário de 40 a 49 anos ocasionados por doenças do aparelho circulatório (18 óbitos), que correspondeu a 15,6% do total geral de óbitos de MIF. Este grupo

de causas básicas de óbito também foi importante para as mulheres entre 30 a 39 anos que, apesar de ter registrado um número menor de óbitos (07 óbitos), em relação ao estrato etário mais alto, representou uma maior concentração de óbitos quando comparados às demais faixas etárias e grupos de causas básicas (Gráfico 3).

Entre os óbitos cuja causa básica da morte se deu por neoplasias, as mulheres com faixas etárias de 30 a 39 e 40 a 49 anos foram igualmente atingidas (06 óbitos para cada grupo etário). Os óbitos de MIF indígenas ocasionados por causas externas e por causas maternas distribuíram-se de forma homogênea entre todos os estratos etários (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição dos grupos de causas básicas de óbitos de mulheres em idade fértil indígenas, agrupadas por capítulos da CID-10, segundo faixa etária. Pernambuco, 2006-2012



Fonte: Dados da pesquisa.

A análise da distribuição das causas básicas de óbito entre os principais grupos de causas para a população estudada identificou que dentre o grupo das doenças do aparelho circulatório, responsáveis por 31 óbitos de MIF indígenas, a maior proporção de mortes ocorreu devido às doenças isquêmicas do coração (35,5%), com destaque para o infarto agudo do miocárdio. Ainda para este grupo de causas (Cap. IX), as doenças cerebrovasculares

representaram percentual significativo de óbitos (32,3%), sendo o acidente vascular cerebral a causa de morte mais frequente. As doenças hipertensivas foram causas básicas de 12,9% dos óbitos, assim como as outras formas de doenças do coração, a qual deve ser dada ênfase à cardiomiopatia dilatada (Tabela 5).

Dentre o grupo das causas externas de mortalidade, que concentraram 17 óbitos de MIF indígenas, 35,3% foram ocasionadas por agressões, em que incluem os homicídios; 29,4% foram resultantes de acidentes de transportes; 23,5% ocorreram devido a lesões autoprovocadas, que compreendem os suicídios; e 11,8% resultaram de outras causas externas de traumatismos acidentais (Tabela 5).

A neoplasia maligna do colo do útero se configurou como a principal causa básica de óbito entre o grupo das neoplasias, que registraram 15 óbitos. Este sítio primário de localização do tumor concentrou 33,3% das mortes de MIF por câncer entre o período do estudo. As neoplasias do tecido linfático, hematopoiético e de tecidos correlatos (que envolvem as leucemias) e as neoplasias malignas de localizações mal definidas, secundárias e de localizações não especificadas representaram 13,3% das causas de óbito por neoplasias cada (Tabela 5).

Os óbitos decorrentes de causas maternas, ou seja, relacionados à gravidez, parto ou puerpério, somaram 10 óbitos de MIF indígenas. Destes, 30,0% foram decorrentes de doenças do aparelho respiratório complicando a gravidez, o parto e o puerpério. Os óbitos cuja causa básica foi o descolamento prematuro da placenta e anormalidades da contração uterina, representam os óbitos maternos por hemorragia, que neste estudo correspondeu a 20,0%. As demais causas básicas apresentaram-se de forma homogênea. Isso pode ser explicado pelo fato do óbito materno ser um evento raro e pelo pequeno número absoluto de registros, não sendo possível uma análise mais detalhada das causas maternas de morte nesta população (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição proporcional dos óbitos de mulheres em idade fértil indígenas segundo principais grupos de causas básicas de óbitos, de acordo com a CID-10. Pernambuco, 2006-2012

Doenças do aparelho circulatório (Cap. IX)	N (n=31)	%	CID-10
Doenças reumáticas crônicas do coração	01	3,2	I05-I09
Doenças hipertensivas	04	12,9	I10-I15
Doenças isquêmicas do coração	11	35,5	I20-I25
Outras formas de doença do coração	04	12,9	I30-I52
Doenças cerebrovasculares	10	32,3	I60-I69
Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares	01	3,2	I70-I79
Causas externas (Cap. XX)	N (n=17)	%	CID-10
Acidentes de transporte	05	29,4	V00-V99
Outras causas externas de traumatismos acidentais	02	11,8	W00-X59
Lesões autoprovocadas intencionalmente	04	23,5	X60-X84
Agressões	06	35,3	X85-Y09
Neoplasias (Cap. II)	N (n=15)	%	CID-10
Neoplasias malignas do aparelho respiratório e órgãos intratorácicos	01	6,7	C30-C39
Neoplasias malignas dos ossos e das cartilagens articulares	01	6,7	C40-C41
Melanoma e outras neoplasias malignas da pele	01	6,7	C43-C44
Neoplasia maligna da mama	01	6,7	C50
Neoplasia maligna da vulva	01	6,7	C51
Neoplasia maligna do colo do útero	05	33,3	C53
Neoplasias malignas de localizações mal definidas, secundárias e de localizações não especificadas	02	13,3	C76-C80
Neoplasias malignas do tecido linfático, hematopoiético e de tecidos correlatos	02	13,3	C81-C96
Neoplasias benignas	01	6,7	D10-D36
Causas maternas - gravidez, parto e puerpério (Cap. XV)	N (n=10)	%	CID-10
Eclampsia não especificada	01	10,0	O15
Descolamento prematuro da placenta	01	10,0	O45
Anormalidades da contração uterina	01	10,0	O62
Infecção puerperal	01	10,0	O85
Complicações venosas no puerpério	01	10,0	O87
DAC complicando gravidez, parto e puerpério	01	10,0	O99.4
DAR complicando gravidez, parto e puerpério	03	30,0	O99.5
DAD complicando gravidez, parto e puerpério	01	10,0	O99.6

Fonte: Dados da pesquisa.

DAC - doenças do aparelho circulatório/DAR - doenças do aparelho respiratório

DAD - doenças do aparelho digestivo

5.2 Caracterização dos óbitos maternos indígenas

A partir do banco de dados dos óbitos de MIF indígenas, foram identificados, 10 óbitos maternos ocorridos durante o período em estudo. Destes, 08 representam a população de mulheres indígenas aldeadas que apresentaram como causa básica de morte complicações referentes à gravidez, o parto ou o puerpério.

Apesar do pequeno número de óbitos maternos, a análise das características sociodemográficas conseguiu identificar que 06 mortes por causas maternas se concentraram entre 20 a 39 anos. Quanto ao quesito raça/cor, verificou-se 06 registros se encontravam subinformados ao SIM, dos quais 04 haviam sido informados com raça/cor parda em detrimento da indígena. A maior parte das mulheres eram agricultoras (n = 07) e solteiras (n = 04). A variável escolaridade não foi analisada por apresentar 60,0% dos registros ignorados ou não informados (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição dos óbitos maternos indígenas segundo características sociodemográficas. Pernambuco 2006-2012

Faixa etária (anos)	N (n=10)
10-19	02
20-29	03
30-39	03
40-49	02
Raça/cor	N (n=10)
Preta	01
Parda	04
Indígena	04
Ignorado/Não informado	01
Ocupação	N (n=10)
Agricultora	07
Dona de Casa	01
Ignorado/Não informado	02
Situação Conjugal	N (n=10)
Solteira	04
Casada	02
Viúva	01
Ignorado/Não informado	03

Fonte: Dados da pesquisa.

A distribuição espacial dos óbitos maternos segundo município de residência mostrou-se homogênea. Observou-se que dos nove municípios que apresentaram mortes por causas maternas notificadas ao SIM durante os anos estudados, apenas o município de Pesqueira registrou mais que um óbito materno (02 óbitos). Em relação ao município de ocorrência do óbito, evidenciou-se que em 07 mortes por causas maternas as mulheres precisaram se deslocar de seus municípios de residência por ocasião do óbito. O município do Recife recebeu o maior fluxo (n = 04) de óbitos maternos de mulheres indígenas provenientes de outros municípios (Figura 12).

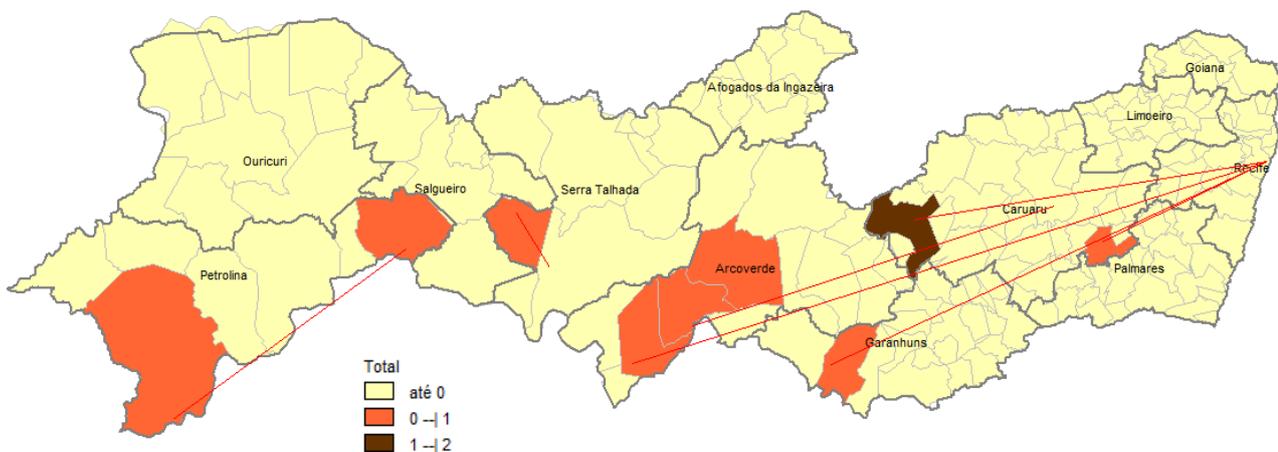
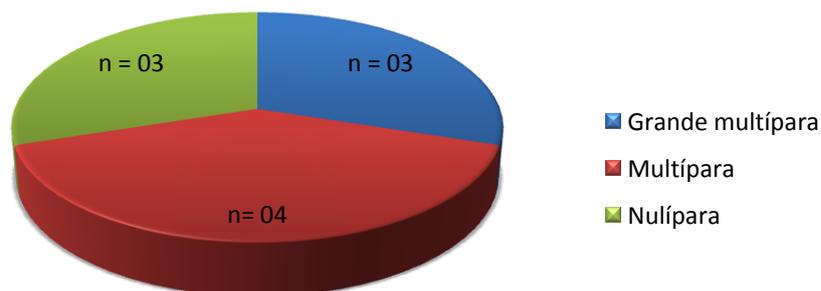


Figura 12 - Mapa de fluxo da distribuição do número de óbitos maternos indígenas segundo município de ocorrência em relação ao município de residência de origem.
Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação ao número de gestações anteriores, 07 mulheres indígenas que foram a óbito por causas maternas eram multíparas ou grande multíparas (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Distribuição dos óbitos maternos indígenas segundo paridade. Pernambuco, 2006-2012



Fonte: Dados da pesquisa.

A análise das características referentes à assistência pré-natal permitiu identificar que todas as mulheres indígenas que tiveram como causa básica de morte complicações relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal (n = 10) realizaram o pré-natal. Em 06 casos o pré-natal teve início precoce, ou seja, a primeira consulta foi realizada até o 1º trimestre da gestação. A maior parte das mulheres (n = 07) fez apenas de 1 a 4 consultas de pré-natal. Quanto ao escore “Sumário de adequação do índice de utilização do cuidado pré-natal” proposto pelo estudo, observou-se que para 08 mulheres a assistência pré-natal foi classificada como inadequada ou intermediária. Apenas 01 óbito materno não pode ser classificado quanto ao escore proposto em virtude de não apresentar informações suficientes quanto à assistência pré-natal (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição dos óbitos maternos indígenas segundo características da assistência pré-natal. Pernambuco, 2006-2012

Realização de pré-natal	N (n=10)
Sim	10
Início do pré-natal	N (n=10)
1º trimestre	06
2º trimestre	01
3º trimestre	02
Ignorado	01
Número de consultas de pré-natal	N (n=10)
1 a 4 consultas	07
5 a 6 consultas	01
7 e mais consultas	01
Ignorado	01
Adequação do pré-natal	N (n=10)
Adequado	01
Intermediário	04
Inadequado	04
Ignorado*	01

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com o tipo de parto, verificou-se que 04 óbitos maternos indígenas apresentaram a cesárea como via de parto (incluiu-se um caso onde houve a realização de uma cesárea pós-morte), em 03 casos, o parto foi via vaginal. Em todos os casos (n = 10) o parto ocorreu em ambiente hospitalar. Para análise destas variáveis foram excluídos três registros cujas mulheres foram a óbito durante a gestação, com feto intrauterino, não tendo sido realizado parto (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição dos óbitos maternos indígenas segundo tipo e local de ocorrência do parto. Pernambuco, 2006-2012

Tipo de parto	N (n=07)
Cesárea*	04
Vaginal	03
Local de ocorrência do parto	N (n=07)
Hospital	07

Fonte: Dados da pesquisa.

*Incluí-se uma cesárea pós-morte.

No que diz respeito às características relacionadas ao óbito, identificou-se que em 08 casos, o óbito materno ocorreu durante a gestação ou no puerpério precoce (até 42 dias do término da gestação). Constatou-se que 07 mulheres precisaram ser atendidas em mais de uma unidade de saúde na ocasião do óbito, que pode ter coincidido ou não com o momento do parto. Apenas uma mulher (n = 01) não procurou nenhum tipo de assistência no momento do óbito (Tabela 9).

O hospital foi o local de ocorrência da maior parte dos óbitos maternos (n = 09). Quanto à classificação dos óbitos maternos, verificou-se que metade (n = 05) ocorreu devido a causas maternas obstétricas diretas e a outra metade a causas maternas obstétricas indiretas (n = 05). Em 08 casos o óbito havia sido declarado como materno na DO. Em 02 casos a morte materna apenas foi constatada após criterioso processo de investigação e discussão no GT. Após a análise sobre a evitabilidade na discussão do GT, identificou-se que 07 óbitos maternos poderiam ter sido evitados e os demais (n = 03) foram classificados como provavelmente evitáveis (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição dos óbitos maternos indígenas segundo características relacionadas ao óbito. Pernambuco 2006-2012.

Momento do óbito em relação à gravidez	N (n=10)
Durante a gestação	04
No puerpério, até 42 dias do término da gestação	04
Entre 43 dias e 1 ano após o término da gestação	02
Número de unidades de saúde que a mulher procurou ou foi encaminhada/transferida	N (n=10)
Nenhuma	01
1 unidade de saúde	02
2 unidades de saúde	04
3 ou mais unidades de saúde	03
Local de ocorrência do óbito	N (n=10)
Hospital	09
Domicílio	01
Classificação do óbito	N (n=10)
Obstétrico direto	05
Obstétrico indireto	05
Declarado	08
Não declarado	02
Evitabilidade	N (n=10)
Evitável	07
Provavelmente evitável	03

Fonte: Dados da pesquisa.

5.3 Razão de Mortalidade Materna na população indígena

A partir do cálculo da RMM proposto pelo estudo pode-se observar diferença entre o indicador calculado para a população aldeada e para a população total. Apesar de se apresentar de forma elevada para ambas as populações, a RMM para a população total foi maior (245,0 óbitos maternos/100.000 NV) em comparação a população indígena aldeada (159,7 óbitos maternos/100.000 NV), considerando os anos agregados do estudo (2006-2012).

5.4 Análise dos óbitos maternos indígenas

A análise dos óbitos maternos indígenas do período em estudo a partir do referencial teórico proposto por Taddeus e Maine (1994), permitiu a identificação e classificação dos casos conforme o tipo de retardo, Fases I, II ou III, a partir do momento em que o problema/complicação de saúde que desencadeou a evolução para o óbito se instalou.

Assim, para a maioria dos óbitos maternos analisados ($n = 07$), verificou-se a ocorrência de retardos nas Fases II e III. No caso dos retardos na Fase II, ficou claro que o principal retardo disse respeito à dificuldade em chegar a um serviço de saúde adequado à complexidade da complicação, revelando a peregrinação das mulheres que se encontram no ciclo gravídico-puerperal. Em relação ao retardo na Fase III, a não valorização das queixas da mulher em tempo oportuno, a demora na resolução da complicação e o retardo para a tomada de decisão quanto a melhor conduta a ser adotada ficaram evidentes. Com relação à ocorrência de retardo na Fase I, em menos da metade dos casos ($n = 04$) houve dificuldade, da própria mulher e/ou da sua família, em reconhecer a gravidade do problema/complicação gestacional ou puerperal, promovendo um retardo na decisão de procurar por assistência à saúde (Quadro 7).

Foi possível identificar também, que para 07 óbitos maternos analisados, houve a coexistência de mais de um atraso. Para estes casos o retardo na Fase II sempre se fez presente, se sobrepondo ora ao retardo na Fase I ($n = 02$), ora ao retardo na Fase III ($n = 04$). Vale ressaltar que em um dos casos estudados identificou-se a ocorrência dos três tipos de atrasos (Quadro 7).

Quadro 7 - Óbitos maternos indígenas conforme os critérios de atraso/demora propostos por Taddeus e Maine (1994). Pernambuco, 2006-2012

Idade	Aldeia	Etnia	Causa básica	Momento do óbito	Tipo de óbito	Evitabilidade	Atrasos/demora		
							Fase I	Fase II	Fase III
18	Não aldeada	-	Eclâmpsia não especificada	Durante a gestação	Obstétrico direto	Evitável	Retardo na busca por cuidado: gestante não identificou/valorizou sintomas de hipertensão.	Retardo no acesso: peregrinação. Gestante residente da zona rural do agreste do estado, precisou se deslocar até a capital à procura de assistência adequada à complexidade de seu estado clínico.	-
16	Travessa da Pedra	Pankará	Descolamento prematuro da placenta	Durante a gestação	Obstétrico direto	Evitável	-	-	Retardo na resolutividade da complicação apresentada pela gestante na unidade de saúde (sangramento com alterações hemodinâmicas).
26	Sítio Xixiaklhá	Fulni-ô	DAD complicando a gravidez, o parto e o puerpério	No puerpério, até 42 dias do término da gestação	Obstétrico indireto	Provavelmente evitável	-	Retardo no acesso: peregrinação. Gestante aldeada procurou assistência diversas vezes, em diferentes unidades de saúde.	Não houve valorização das queixas apresentadas pela gestante, nem resolutividade da complicação em tempo oportuno.

33	Brejo dos Padres	Pankararu	Anormalidades da contração uterina	No puerpério, até 42 dias do término da gestação	Obstétrico direto	Evitável	-	Retardo no acesso: peregrinação. Gestante aldeada, residente do sertão do estado, foi atendida em unidade hospitalar de outro estado (Bahia), até chegar a capital. Desorganização da rede de assistência obstétrica.	Retardo na resolutividade da complicação apresentada pela gestante na unidade saúde (placenta prévia), cuja indicação seria histerectomia total imediata.
34	Sucupira	Xukuru	DAR complicando a gravidez, o parto e o puerpério	Durante a gestação	Obstétrico indireto	Evitável	-	Retardo no acesso: peregrinação. Gestante aldeada procurou assistência diversas vezes, em diferentes unidades de saúde.	Retardo na resolutividade da complicação apresentada pela gestante na unidade saúde.
25	Cimbres	Xukuru	DAR complicando a gravidez, o parto e o puerpério	Durante a gestação	Obstétrico indireto	Evitável	Retardo na busca por cuidado: gestante não identificou/valorizou a gravidade dos sintomas, sendo encontrada desmaiada no domicílio.	Retardo no acesso: peregrinação. Gestante aldeada precisou ser transferida para várias unidades de saúde até chegar à capital, em unidade compatível com o nível de complexidade da complicação apresentada.	Retardo na resolutividade da complicação apresentada pela gestante (intercorrência clínica).

37	Baixa da Alexandra	Kambiawá	DAC complicando a gravidez, o parto e o puerpério	No puerpério, até 42 dias do término da gestação	Obstétrico indireto	Evitável	Retardo na busca por cuidado: puérpera não identificou/valorizou a gravidade dos sintomas, sendo encontrada no domicílio sem vida.	-	-
45	Não aldeada	-	DAR complicando a gravidez, o parto e o puerpério	Entre 43 dias e 1 ano após o término da gestação	Obstétrico indireto	Provavelmente evitável	-	-	Retardo na resolutividade da complicação apresentada. Puérpera saiu do serviço e foi admitida no mesmo dia em outra unidade, sem conseguir acesso a leito de UTI.
43	Ilha da Assunção	Truká	Infecção puerperal	No puerpério, até 42 dias do término da gestação	Obstétrico direto	Evitável	Retardo na busca por cuidado: gestante não identificou/valorizou os sintomas de pré-eclampsia superposta.	Retardo no acesso: peregrinação. Gestante aldeada demorou a ser acolhida no serviço de saúde.	-
23	Tear	Tuxá	Complicações venosas no puerpério	Entre 43 dias e 1 ano após o término da gestação	Obstétrico direto	Provavelmente evitável	-	Retardo no acesso: peregrinação. Puérpera aldeada procurou assistência diversas vezes, em diferentes unidades de saúde.	Retardo na resolutividade da complicação apresentada, com evidências de alta precoce.

Fonte: Dados da pesquisa.

DAC - doenças do aparelho circulatório/DAR - doenças do aparelho respiratório DAD - doenças do aparelho digestivo

6. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo contribuem para o conhecimento de como se distribuem as causas de óbito entre as mulheres indígenas em idade fértil residentes no estado de Pernambuco. Trata-se de um estudo inédito, uma vez que inexistem trabalhos semelhantes capazes de mostrar a dinâmica deste agravo neste grupo específico.

Dos 115 óbitos de MIF obtidos por meio do *linkage*, 70,4% correspondiam a mulheres aldeadas e 41,7% apresentavam-se subinformados quanto ao quesito raça/cor ao SIM. Dentre os 81 óbitos de MIF sob responsabilidade sanitária do DSEI Pernambuco (indígenas aldeadas), 59,3% tiveram a variável raça/cor informada incorretamente ao SIM. Este fato revela a existência de subinformação desta variável na população sabidamente indígena e reafirma a baixa qualidade das informações disponíveis para este segmento da população. Neste sentido, a metodologia proposta pela pesquisa mostrou-se adequada, concordando com diversos estudos que referem melhoria da qualidade das informações a partir do pareamento entre bancos de dados (CAMARGO; COELI, 2000; MELLO JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2007).

Os sistemas que registram informações sobre eventos vitais (SIM e SINASC), vem apresentando significativa melhora no preenchimento do campo correspondente à variável raça/cor (BRASIL, 2015b; BRAZ, et al., 2013; CHOR; LIMA, 2005). Corroborando com estes achados, este estudo evidenciou uma pequena proporção de óbitos informados ao SIM cujo campo raça/cor se encontrava ignorado ou não preenchido (2,6%). Entretanto, deve-se refletir sobre a adequação desta informação registrada nos SIS, pois apesar da elevada completude, este campo apresentou alta proporção de dados inconsistentes, visto que 41,7% dos registros haviam sido informados incorretamente ao SIM.

Com relação às variáveis sociodemográficas, que de maneira geral tornaram-se melhor preenchidas após a investigação, fato já evidenciado por Valongueiro, Ludermir e Gominho (2003), a maioria dos óbitos de MIF indígenas se concentrou entre a faixa etária mais avançada (40 a 49 anos), com diminuição proporcional do número de óbitos conforme a redução da idade. Estudos realizados em nível nacional e local confirmam este padrão de distribuição dos óbitos de MIF segundo faixa etária (BRASIL, 2006; GIL, 2012).

A variável escolaridade, assim como em outros estudos (ANTUNES, 2001; GIL, 2012; VALONGUEIRO; LUDERMIR; GOMINHO, 2003), apresentou a maior proporção de registros não preenchidos ou ignorados (27,0%) em relação às demais variáveis sociodemográficas analisadas, o que pode ser explicado pelo fato desta informação geralmente não constar nos prontuários hospitalares. A baixa escolaridade das mulheres indígenas que foram a óbito ficou evidente quando apenas 7,0% desta população apresentava de 8 a 11 anos de estudo, o que reflete diretamente sobre as condições socioeconômicas das mesmas.

Em relação a variável “ocupação”, a maioria das mulheres dedicava-se a atividades ligadas à agricultura. Este fato pode estar associado a questões culturais, ou mesmo ser decorrente da própria dinâmica desta população, que se apresenta domiciliada predominantemente em áreas rurais ou em aglomerados urbanos de pequenos municípios do interior do estado (IBGE, 2015). Residir em regiões mais isoladas e ter menores níveis de escolaridade pode interferir na capacidade reconhecer a doença e buscar assistência à saúde (BRASIL, 2011a).

Conforme já esperado, os municípios que mais registraram óbitos de MIF indígenas residentes durante o período estudado, foram àqueles que pertencem ao DSEI Pernambuco. Entretanto, houve também registros de óbitos de MIF indígenas, em menor percentual, em municípios que não dispõem de aldeias, indicando a presença de população indígena urbana, que não estão sob responsabilidade sanitária do DSEI Pernambuco, sobretudo na região metropolitana do Recife, o que corrobora com dados do Censo 2010 (IBGE, 2015). Mesmo que não seja objeto deste estudo compreender a dinâmica das migrações, a população indígena ao se deslocar em direção a áreas urbanas do estado parece manter sua identidade étnica, o que é evidenciado pela proporção de autodeclaração da raça/cor indígena (29,6%).

Houve registros de óbitos de MIF pertencentes a todas as dez etnias presentes no estado de Pernambuco. Dentre as mulheres aldeadas, a maior proporção de óbitos esteve concentrada entre a etnia Pankararu, a qual se encontra distribuída entre três municípios: Jatobá, Petrolândia e Tacaratu. Numa lógica inversa, apesar do município de Carnaubeira da Penha concentrar maior percentual de óbitos de MIF durante o período estudado, em seu território encontram-se aldeias pertencentes a duas etnias: Atikum e Pankará, que juntas somaram 22,2% dos óbitos de MIF. Isso explica o fato de que, embora Carnaubeira da Penha apresente a maior proporção de óbitos de MIF, não foram as etnias localizadas neste

município que concentraram maior número de óbitos, visto que a análise foi procedida individualmente para cada etnia.

No que diz respeito ao município de ocorrência dos óbitos indígenas de MIF e maternos, observou-se fluxos semelhantes aos encontrados por Santos (2009) ao estudar os caminhos percorridos pelas mulheres que morreram por causa materna nos municípios da região metropolitana do Recife-PE. Número considerável das mulheres indígenas precisaram se deslocar de seus municípios de residência em busca de assistência em outros municípios ou regiões de saúde, onde foram a óbito. Para esta população, é assegurada pelo DSEI atenção básica à saúde próxima às aldeias, sendo parte dos deslocamentos identificados explicados pela necessidade de assistência à saúde de média e alta complexidade. Diante disto, os municípios que mais absorveram óbitos provenientes de outros municípios foram aqueles que constituem pólos avançados e pontos de referência para atendimentos de maior complexidade do DSEI Pernambuco, como Recife, Petrolina, Salgueiro e Caruaru.

Ainda que, a partir de meados da década de 90, o Ministério da Saúde tenha acrescentado à DO variáveis capazes de identificar óbitos maternos subinformados, através dos campos 43 e 44, em 2002, Laurenti et al. apud Mello Jorge, Laurenti e Gotlieb (2007), identificaram que ainda existia proporção elevada de incompletude destes campos, confirmadas por Valongueiro, Ludermir e Gominho (2003) em Camaragibe-PE e Gil e Gomes-Sponholz (2013) na cidade de Ribeirão Preto-SP. O mesmo foi observado no presente estudo, onde mais de 40,0% destes campos se encontravam não preenchidos ou ignorados, impossibilitando sua análise.

Observou-se também diferença entre os dois campos: o 43 apresentou melhor preenchimento em relação ao 44. Isso pode decorrer do fato do campo 43 fazer referência à gravidez, que seria mais visível e evidente para o profissional atestante do óbito quando comparada ao puerpério, que pode se estender até um ano. A falta de comprometimento ou mesmo desconhecimento por parte do profissional responsável pelo preenchimento da DO sobre a importância das informações contidas neste instrumento, podem dificultar ainda mais a vigilância dos óbitos maternos. Em contrapartida, estudo desenvolvido no município de Belém-PA, mostrou ser possível obter o bom preenchimento destes campos (MOTA; GAMA; FILHA, 2009).

Os indicadores de saúde, neste caso, os indicadores de mortalidade, expressam como as diferenças étnico-raciais podem levar a desigualdades no acesso aos serviços de saúde. No ano de 2001, 9,0% dos óbitos indígenas no Brasil ocorreram sem assistência médica (CHOR; LIMA, 2005). Embora essa comparação necessitasse agregar elementos da cultura, ou seja, de como esse povo lida com a doença, a cura e a morte, neste estudo se observou que 33,9% dos óbitos de MIF indígenas ocorreram no domicílio, um indicativo de morte sem assistência médica. Enquanto isso, em 2013, o estado de Pernambuco registrou apenas 14,6% e 16,1% de óbitos de MIF ocorridos em domicílio para a população de raça/cor branca e negra respectivamente (BRASIL, 2015c). A localização das aldeias, em geral nas áreas rurais dos municípios, pode dificultar o deslocamento dessas mulheres a serviços de saúde mais especializados, pois, como já dito, a atenção básica tem melhor cobertura sobre as áreas indígenas. No presente estudo a variável “assistência médica” poderia confirmar estas disparidades, entretanto sua análise não foi realizada dada a incompletude das informações.

A análise de determinadas variáveis, como: escolaridade, ocupação, local e município de ocorrência do óbito, podem evidenciar semelhanças entre a população indígena estudada e a população rural do estado. A baixa situação socioeconômica, incluindo a escolaridade, a dinâmica e as condições de trabalho, grandes distâncias entre residência e serviço de saúde e a precariedade dos serviços locais, são alguns fatores capazes de influenciar a vulnerabilidade dessas mulheres, bem como a dificuldade no acesso à assistência à saúde (BRASIL, 2011a).

As principais causas básicas de óbito no grupo estudado, em ordem decrescente, foram: doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas causas externas, neoplasias e causas maternas, confirmando a transição epidemiológica pela qual estes povos passaram, com o aumento das causas de óbito por doenças crônico-degenerativas em detrimento das doenças infecciosas e parasitárias. Nacionalmente, para população de MIF geral, cenário semelhante foi encontrado por Ribeiro e Gotlieb (2008).

Entretanto, este mesmo estudo já evidenciava que as regiões Norte e Sul do país se encaminhavam para outra fase da transição epidemiológica, semelhante àquela vivenciada por países desenvolvidos, com discreta diminuição da proporção de óbitos de MIF por doenças do aparelho circulatório e aumento destes óbitos em decorrência das neoplasias (RIBEIRO; GOTLIEB, 2008).

Estudos locais realizados na cidade do Recife-PE e de Ribeirão Preto-SP, já confirmavam as neoplasias como primeira causa de óbito de MIF (ALBUQUERQUE et al., 1998; GIL, 2012). Esta mudança no perfil epidemiológico deste grupo poderia ser explicada pelo desenvolvimento de ações específicas que visam a redução das doenças do aparelho circulatório, principalmente a hipertensão arterial e o maior controle sobre as neoplasias, dada a melhoria do diagnóstico e acesso ao tratamento no SUS.

Ao comparar indicadores de mortalidade entre a população indígena e a população geral do estado de Mato Grosso do Sul, Ferreira, Matsuo e Souza (2011), sugeriram que estas populações se encontravam em diferentes estágios da transição epidemiológica. Estes autores verificaram que entre os anos de 2004 a 2006, as doenças infecciosas e parasitárias ainda representavam importantes causas de óbito na população indígena, com menor importância das doenças crônico-degenerativas. Apesar dos resultados do presente estudo não revelarem semelhança com o perfil epidemiológico dos óbitos do estado do Mato Grosso do Sul, observa-se que em Pernambuco a população de MIF indígena também se encontra em estágio diferente da transição epidemiológica quando comparada a população de MIF geral.

Quando analisados os principais grupos de causa dentre as doenças do aparelho circulatório, primeira causa de óbito entre as MIF indígenas estudadas, as doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral respectivamente, ganharam destaque. Embora no país as doenças do aparelho circulatório tenham começado a declinar, na região Nordeste houve incremento das doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares entre os anos de 1980 a 2000 (RIBEIRO; GOTLIEB, 2008), indo de encontro aos resultados obtidos no presente estudo. Juntas, as doenças isquêmicas do coração e as cerebrovasculares representaram mais da metade dos óbitos de MIF indígena (67,8%) por doenças do aparelho circulatório, semelhante aos achados de Albuquerque et al. (1998) na cidade do Recife-PE.

Estudo realizado por Alves (2011), na capital do estado de Pernambuco, que entre outros objetivos descreveu as características sociodemográficas dos óbitos de MIF por causas externas (2004 a 2006), identificou 0,25% de mulheres indígenas a partir do campo raça/cor na DO. As causas externas de mortalidade representaram a primeira causa de óbito entre as mulheres indígenas no estado do Mato Grosso do Sul, sendo o suicídio (lesões autoprovocadas) a principal delas. Tem-se observado aumento dos óbitos por suicídio entre a

população indígena, o que tem sido atribuído a mudanças nos padrões culturais destes povos, principalmente relacionados a questões territoriais (FERREIRA; MATSUO; SOUZA, 2011).

As causas externas representaram a segunda causa de óbito na população de MIF indígena, onde as agressões e os acidentes de transporte somaram mais da metade dos óbitos por este tipo de causa (64,7%). Embora na década de 90, as causas externas tenham representado a terceira causa de óbito de MIF na capital pernambucana, 64,1% destes foram decorrentes de agressões e acidentes de transporte (ALBUQUERQUE et al., 1998), número bastante semelhante ao encontrado neste estudo.

O aumento das causas externas de mortalidade pode estar associado às características das áreas urbanas. Para população indígena estudada, ainda que a maioria estivesse domiciliada nas aldeias, predominantemente localizadas em áreas rurais dos municípios, algumas delas, como por exemplo, a da etnia Fulni-ô, em Águas Belas, compõe um bairro da cidade, portanto, área urbana. A proximidade das aldeias às áreas urbanas nos municípios pernambucanos e as mudanças nos padrões culturais destes povos, podem justificar a elevada proporção de óbitos por causas externas na população estudada¹.

Os óbitos por neoplasias, como já mencionado anteriormente, a partir da década de 90, despontam como a primeira causa de óbito de MIF (ALBUQUERQUE et al., 1998; GIL, 2012; RIBEIRO; GOTLIEB, 2008). Entretanto, os resultados desta pesquisa mostraram que entre as MIF indígenas as neoplasias correspondem a terceira principal causa de óbito. Este cenário, onde os óbitos por neoplasia são proporcionalmente menores quando comparados aos óbitos decorrentes de doenças do aparelho circulatório e causas externas, são comuns em regiões com menor nível de desenvolvimento e podem confirmar, ao comparar grupos distintos, estágios diferentes da transição epidemiológica (RIBEIRO; GOTLIEB, 2008).

Em relação ao sítio primário das neoplasias entre os óbitos de MIF, o tumor maligno da mama apresentou-se como localização mais frequente no país, sendo as regiões Norte e Nordeste àquelas com menor coeficiente de aumento das mortes por esta causa específica. Na cidade do Recife-PE, os sítios mais comuns de neoplasias foram a mama e o útero, que juntos

¹ Em visita à aldeia em junho 2015, realizada pela pesquisadora, observou-se número muito grande de motos, o que pode explicar parte da mudança no padrão de morbimortalidade.

somaram mais de 40% dos óbitos de MIF por neoplasia na década de 90 (ALBUQUERQUE et al., 1998; RIBEIRO; GOTLIEB, 2008).

Internacionalmente o câncer do colo do útero já foi apontado como um problema de saúde pública entre a população indígena da América do Norte (LEMAN; ESPEY; COBB, 2005; ELIAS et al., 2011 apud PLA, et al., 2012). A precariedade das condições de vida associada à baixa qualidade dos serviços de saúde oferecidos a esta população, podem dificultar o acesso a exames de prevenção do câncer de colo do útero (BRASIL, 2011a). Fatores culturais como início da vida sexual em idades jovens, múltiplos parceiros e multiparidade podem expor as mulheres indígenas ao risco de contrair infecções pelo HPV, evidenciados através da maior proporção de exames alterados ou positivos na população indígena quando comparados à população geral (PLA, et al., 2012).

Apesar de o Brasil ter agregado ao ODM-5 uma meta adicional que tem por objetivo inverter a tendência do aumento da mortalidade das mulheres por neoplasias do útero e da mama, e de já ter alcançado a meta estipulada para o câncer do colo uterino (IPEA, 2014), na população indígena estudada os óbitos por neoplasias malignas do colo do útero superaram os demais sítios primários de tumor (33,3%). Este resultado pode estar relacionado ao fato do retardo no acesso e no diagnóstico precoce da doença através do exame citopatológico (Papanicolau) nestes grupos.

Quanto ao câncer maligno da mama não representar importante componente das causas básicas de óbito de MIF indígenas estudados, pode estar associado a algum fator de proteção contra a doença (RIBEIRO; GOTLIEB, 2008), bem como à própria cultura destes povos, como a multiparidade, maternidade em idades jovens e amamentação por períodos prolongados, além dos efeitos menos diretos como a dieta e atividades físicas.

Os óbitos por causas maternas representaram 8,7% do total de óbitos de MIF indígena, configurando-se como a quarta principal causa de óbito entre a população estudada. Considerando que no Brasil 2,5% dos óbitos de MIF foram em decorrência de causas relacionadas ao estado gravídico puerperal no ano de 2005 e que no estado de Pernambuco entre os anos de 2004 a 2006 este número não ultrapassou 3,1% (ALVES, 2011; GIL, 2012), o estudo identificou elevada proporção de óbitos maternos entre a população indígena quando comparada a população geral, corroborando a ideia de que este grupo encontra-se em etapa anterior da transição epidemiológica e que a assistência a saúde materno e infantil destes

povos ainda é insuficiente diante do seu padrão de adoecimento. Dentre os dez óbitos maternos identificados, seis haviam sido subinformados quanto ao quesito raça/cor e oito pertenciam à população de MIF indígena aldeada.

Em estudo transversal realizado no estado de Mato Grosso do Sul, com as etnias Kaiowá e Guaraní, Pícoli, Carandina e Ribas (2006) evidenciaram expressivo número de mães sem atendimento pré-natal (19,7%), e revelaram situação preocupante de saúde materno-infantil. No estado de Pernambuco, a cobertura de consultas pré-natal para as mulheres indígenas que foram a óbito por causas maternas atingiu 100%. Isso pode ser resultado da estrutura “rural mais urbanizada” em que vivem os índios no estado de Pernambuco. De acordo com Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, o número de consultas de pré-natal de maneira geral vem aumentando, porém quando este indicador é analisado segundo o quesito raça/cor, observa-se que apenas 24,0% das mães de NV indígenas realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal (BRASIL, 2015b).

Entretanto, ainda que a cobertura da assistência pré-natal tenha se mostrado alta, é preciso refletir a qualidade do cuidado prestado. Quando analisada a adequação da atenção pré-natal, os resultados deste estudo mostram que em apenas um caso, este cuidado foi considerado adequado. Informações coletadas com puérperas hospitalizadas em determinadas maternidades do município do Rio de Janeiro-RJ, evidenciaram proporção de 30,3% de adequação do cuidado pré-natal (LEAL, et al., 2004). Entre mulheres que foram a óbito por causas maternas no município do Recife-PE, a proporção da assistência pré-natal foi classificada como inadequada e intermediária em 55,3% dos casos (LEITE, 2006). A qualidade do cuidado materno-infantil durante o pré-natal é determinante na prevenção de complicações obstétricas.

A baixa qualidade da assistência pré-natal entre as mulheres que foram a óbito por causas maternas entre a população estudada podem ser consequência da rotatividade e descontinuidade dos profissionais de saúde nas áreas indígenas, associada à baixa qualidade técnica dos profissionais e a escassez de equipamentos e materiais essenciais ao bom desenvolvimento das ações de saúde (GARNELO, 2012). Apesar de 06 das mulheres do estudo terem iniciado o pré-natal precocemente (até o 1º trimestre), a maioria delas (n = 07) não obteve número de consultas suficientes ao preconizado pelo Ministério da Saúde.

Entre os óbitos maternos indígenas identificou-se dificuldade no acesso das mulheres aos serviços de saúde. Ainda que em 09 casos o local de ocorrência do óbito tenha sido o hospital, ou seja, a mulher tenha tido assistência médica no momento do óbito, um número significativo (n = 07) precisou procurar ou ser encaminhada a mais de uma unidade de saúde, o que pode evidenciar a baixa resolutividade dos serviços locais e/ou regionais. Na capital pernambucana, entre os óbitos maternos estudados por Leite (2006), 85,9% das mulheres procurou apenas uma unidade de saúde na ocasião do óbito. Este resultado pode estar associado a ampla rede de atenção e a complexidade dos serviços oferecidos na cidade do Recife-PE.

No que diz respeito a classificação dos óbitos ocorridos no ciclo gravídico-puerperal a partir da causa do óbito, os resultados mostraram que metade deles foi devido a causas obstétricas diretas e a outra metade às causas obstétricas indiretas. A principal causa materna registrada entre o grupo estudado foi doença do aparelho respiratório complicando a gravidez, o parto e o puerpério (n = 03). Importante destacar, que para este grupo de causa, no ano de 2009 foram registrados dois óbitos maternos indígenas com suspeita (não confirmada) de gripe H1N1. Nacional e internacionalmente, observou-se aumento do risco de morte na gestação decorrente da epidemia de influenza neste ano específico (SZWARCOWALD et al., 2014).

Embora não tenha havido diferença entre a classificação do óbito (obstétricas diretas e indiretas) dada à influência dos pequenos números, as causas obstétricas diretas identificadas (eclampsia, hemorragias por descolamento prematuro da placenta e anormalidade da contração uterina e infecções puerperais), se mantiveram como importantes causas de óbito.

No Brasil, em 2012, as principais causas de óbitos maternos entre a população de raça/cor indígena foram: as hemorragias (17,4%), os transtornos hipertensivos e as infecções puerperais (13,0% cada) e o aborto (4,3%) (BRASIL, 2015b). No estado do Mato Grosso, as complicações do trabalho de parto e parto representaram 27,2% dos óbitos maternos indígenas (TEIXEIRA et al., 2012). Correia et al. (2011), estudando óbitos maternos ocorridos na cidade do Recife-PE, observaram que 49,5% dos óbitos maternos foram decorrentes de causas obstétricas diretas, onde predominaram os transtornos hipertensivos, seguidos pelas infecções puerperais e pelas complicações no puerpério. Estas pesquisas vão de encontro aos resultados obtidos no presente estudo, confirmando o padrão de regiões com mortalidade materna

elevada, onde predominam os óbitos maternos por causas obstétricas diretas (KASSEBAUM et al., 2014).

A Razão de Mortalidade Materna (RMM), enquanto indicador da qualidade da assistência à saúde da mulher mostrou-se bastante elevada entre a população indígena aldeada (159,7 óbitos maternos/100.000 NV) em todo período do estudo. Em documento produzido a partir de consultoria técnica ao Ministério de Saúde, Sousa (2011) afirma que a RMM indígena verificada na região centro-oeste do país foi de 198,4 óbitos maternos/100.000 NV. No estado do Mato Grosso em 2001, a RMM por causas diretas entre as mulheres indígenas chegou a 456,2 óbitos maternos/100.000 NV (TEIXEIRA et al., 2012). É importante destacar que, por ser uma população distinta, e a morte materna um evento raro, e, portanto, exposta às variações de pequenos números, a RMM segundo raça/cor pode se apresentar superestimada em alguns períodos ou locais.

Quando comparadas as RMM entre indígenas aldeadas e a população indígena total, a RMM total mostrou-se mais elevada (245,0 óbitos maternos/100.000 NV). Este aumento pode ter sido ocasionado pela subestimação do denominador da razão, uma vez que por falta de informações desagregadas não se pode precisar o número de NV de mães indígenas no período estudado. A RMM para ambos os grupos (indígenas aldeadas e população total), mostrou-se muito superior a RMM do estado de Pernambuco, que nos últimos anos permanece superior a 70,0 óbitos maternos/100.000 (p. 41). Valongueiro (2007) verificou que entre as Regionais de Saúde do estado, as que se localizam no sertão, ou seja, onde há o predomínio de áreas rurais, são as que concentram as maiores RMM, fato que pode ser associado ao presente estudo.

Ente os óbitos maternos indígenas, 07 casos poderiam ter sido evitados, de acordo com o parecer do Grupo Técnico dos Comitês de Mortalidade onde os mesmos foram discutidos. Neste sentido, é importante refletir acerca dos 03 casos classificados como *provavelmente evitáveis*, pois, após estudo detalhado de cada um destes casos foram identificados atrasos ou retardos (Thaddeus e Maine, 1994) que contribuíram para a ocorrência dos mesmos, o que coloca em discussão os critérios de evitabilidade utilizados. Entre os anos de 2000 a 2006, 83, 8% dos óbitos maternos ocorridos no município do Recife-PE poderiam ter sido evitados com melhoria da qualidade da assistência pré-natal, por medidas educativas ou por assistência obstétrica de qualidade (CORREIA et al., 2011).

Ao se utilizar o referencial teórico “*The Three Delays Model*” (1994), foram evidenciados algum tipo de retardo em todos os óbitos maternos estudados. Em 07 casos observou-se a coexistência entre os retardos. A maioria foi classificada com retardos nas Fases II (retardos no acesso ao serviço de saúde, ocasionando peregrinação da mulher por diversos serviços) e na Fase III (baixa resolutividade do cuidado associada a má qualidade da assistência prestada durante intercorrências/complicações obstétricas). Leite (2004) e Santos (2009) já haviam obtido conclusões semelhantes ao estudar a mortalidade materna na cidade do Recife e região metropolitana, respectivamente. Estes óbitos, classificados nas Fases II e III, expressam a desorganização da rede de assistência obstétrica do estado, alvo de estudos (ROHR, 2014; SANTOS, 2009; VALONGUEIRO, 2007;) e denúncias dos movimentos de mulheres e familiares.

Embora tenham sido analisados pequenos números (dez casos), em 04 destes identificou-se retardo na Fase I. Barnes-Josiah, Myntti e Augustin (1998), identificaram, entre óbitos maternos de mulheres residentes no Haiti, predomínio de retardos relacionados à Fase I. Nestes casos, a baixa escolaridade das mulheres pode ter influenciado no reconhecimento da complicação e na tomada de decisão quanto à busca por assistência à saúde. Além disso, ainda que a mulher tenha tido a percepção da necessidade do cuidado, distância entre as residências e os serviços de saúde, associada à dificuldade na obtenção de transporte, são fatores que podem retardar a procura por assistência. Este comportamento parece semelhante ao da população indígena e população rural do estado, principalmente no que diz respeito aos aspectos socioeconômicos e ao isolamento geográfico destes grupos, interferindo direta ou indiretamente na decisão de buscar o cuidado. Não se observou nos registros dos óbitos ou nas entrevistas com os familiares, utilização de práticas tradicionais na assistência ao parto (todos hospitalares) ou ao lidar com as complicações e intercorrências do puerpério dessas mulheres que justificassem este tipo de retardo.

Ainda que o estado de Pernambuco, nos últimos anos, venha implementando esforços no sentido de descentralização da rede de assistência obstétrica em nível regional, o retardo na assistência à saúde das mulheres durante as urgências obstétricas se configuram como elemento fundamental no aumento da morbimortalidade materno e infantil. O modo como se encontra organizada a rede de atenção obstétrica, centrada no profissional médico e concentrada na região metropolitana, é insatisfatório, também para as mulheres indígenas. Por residirem em áreas mais isoladas dos municípios do interior, à semelhança das mulheres

rurais é um desafio chegar ao serviço adequado a sua necessidade, ou seja, aquele mais perto de sua casa e com capacidade resolver seus problemas, seja a atenção ao parto ou de uma gestação de risco.

Para Oliveira (1998) os índios do Nordeste vivem de forma integrada ao meio ambiente regional, numa “considerável mesclagem e perda de elementos tradicionais”, o que em parte é confirmada ao se estudar as mortalidade de mulheres indígenas em idade fértil e materna, principalmente no que se refere a população rural feminina.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em Pernambuco, a população indígena de MIF encontra-se em etapa diferente da transição epidemiológica, quando comparada a população geral. Apesar do predomínio das causas de mortalidade em decorrência das doenças crônico-degenerativas, no grupo estudado as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de óbito entre as MIF e as causas maternas ainda aparecem como importante componente da mortalidade, ocupando o quarto lugar. Tal perfil epidemiológico é característico de regiões menos desenvolvidas, e, portanto é possível afirmar que se assemelha à população rural do estado.

As características sociodemográficas, em geral, apontam para a vulnerabilidade deste povo, evidenciada principalmente por meio da baixa escolaridade, o que se reflete nas condições socioeconômicas. Este padrão influencia diretamente a percepção pela necessidade de cuidado e conseqüentemente a busca pela assistência à saúde, podendo ser identificado pela alta proporção de óbitos de MIF indígenas ocorridos no domicílio, preditores de mortes sem assistência médica, ou ainda, pela elevada proporção de óbitos por neoplasia maligna do colo do útero, um indicativo de acesso a diagnóstico tardio da doença.

O fluxo de deslocamento das mulheres em ocasião do óbito, tanto para os óbitos de MIF quanto para os maternos indígenas, evidenciaram a fragilidade da rede de atenção à saúde de maneira geral. A desorganização da rede de atenção obstétrica, em particular, é confirmada ao se usar a classificação dos óbitos maternos segundo o “*The Three Delays Model*”, onde foram identificados retardos na Fase II para mais da metade dos casos. Além disso, o número de unidades de saúde procuradas pela gestante/puérpera ou para as quais elas foram transferidas também é sintoma da desorganização da rede de atenção materno-infantil.

Considerando que esta população encontra-se predominantemente domiciliada em áreas rurais, caracterizadas pelo isolamento e difícil acesso aos serviços de saúde, principalmente os de média e alta complexidade, explica em parte os achados de demoras na Fase II. Em relação aos retardos identificados na Fase III, é necessário chamar a atenção para a qualidade da assistência prestada a essas mulheres por esses serviços de saúde. O hospital foi o local de ocorrência da maioria dos óbitos maternos (n = 09), ou seja, as mulheres conseguiram chegar ao serviço. Entretanto, ainda que se considere o retardo no acesso acarretando a gravidade do quadro-clínico da mulher, faz-se necessário refletir sobre a

qualidade e o nível de adequação do cuidado prestado às gestantes e puérperas durante as intercorrências/complicações obstétricas.

A subinformação do campo raça/cor na DO dificulta a construção de um perfil de mortalidade e o cálculo de indicadores de saúde específicos para a população indígena. Os esforços do Ministério da Saúde, em parceria com a SESAI, em integrar variáveis adicionais à DO (como por exemplo, “aldeia indígena” no campo “local do óbito”) capazes de identificar a população indígena através do SIM, ainda são incipientes. A qualificação da variável raça/cor no módulo de investigação SIM-Web é uma ferramenta essencial para o reconhecimento dos óbitos indígenas. Entretanto deve-se avaliar a importância e a necessidade de que as informações resgatadas após a investigação sejam agregadas à base de dados do SIM. Além disso, o módulo de investigação do SIM-Web está disponível apenas para os óbitos de MIF, maternos, infantis e fetais, o que faz com que os demais óbitos indígenas permaneçam desconhecidos.

A importância do presente estudo se dá, sobretudo, na identificação de óbitos de MIF e maternos indígenas subinformados ao SIM e para se conhecer como morrem as mulheres pertencentes a este grupo específico. Os resultados aqui expostos poderão subsidiar políticas de saúde pública específicas para as mulheres indígenas, adequadas à realidade em que vivem estes povos.

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. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro: vol. 14, supl. 1, p. 41-48, 1998.

ALMEIDA, M. F.; MELLO JORGE, H. P. M. Pequenos para idade gestacional: fator de risco para mortalidade neonatal. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo: vol. 32, n. 3, p. 217-24, jun. 1998.

ALVES, M. M. R. **Causas externas e mortalidade materna: uma nova proposta de classificação usando o código 093**. 2011. 100 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2011.

ANTUNES, M. B. C. **Municipalização e qualidade da informação em saúde: o processo de descentralização do Sistema de Informação sobre Mortalidade em Pernambuco e o preenchimento da declaração de óbito**. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2001.

ATHIAS, R. Corpo, fertilidade e reprodução entre os Pankararu: perspectivas e alcances. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Orgs.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. Cap. 9, p. 189-209.

BANDEIRA, L. M.; MELO, H. P.; PINHEIRO, L. S. Mulheres em dados: o que informa a PNAD/IBGE 2008. In: BRASIL. **Autonomia econômica, empoderamento e inserção das mulheres no mercado de trabalho**. Edição especial da Revista do Observatório Brasil da Desigualdade de Gênero. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2010.

BARCELLOS, L. G.; SOUZA, A. O. R.; MACHADO, C. A. F. Cesariana: uma visão bioética. **Revista bioética**. Brasília: vol. 17, n. 3, p. 497-510, 2009.

BARNES-JOSIAH, D.; MYNNTI, C.; AUGUSTIN, A. The “Three Delays” as a framework for examining maternal mortality in Haiti. **Soc. Sci. Med.** Great Britain, vol. 46, n. 8, p. 981-93, 1998).

BASTA, P. C.; ORELLANA, J. D. Y.; ARANTES, R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: GARNELO, L.; PONTES, A. L. (Orgs.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Unesco, 2012. Cap. 2, p. 61-106.

BRASIL. Lei n. 6.001, de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do índio. Brasília, **Diário Oficial de União**, 19 de dez. 1973.

BRASIL. Decreto n. 3.156, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos n. 564, de 08 de junho de 1992 e n. 1.141 de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. Brasília, **Diário Oficial da União**, 27 de ago. 1999a.

BRASIL. Lei n. 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Brasília, **Diário Oficial da União**, 23 de set. 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde - FUNASA. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos povos indígenas**. 2º ed. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde, 2002a.

BRASIL. Portaria n. 254, de 31 de janeiro de 2002. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, e dá outras providências. Brasília, **Diário Oficial da União**, 31 de jan. 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2005, uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.119, de 05 de junho de 2008. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. Poder Executivo. Brasília, **Diário Oficial da União**, 05 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. 1º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde - FUNASA. **Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena**. Brasília: Funasa, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Medicina. Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. **A declaração de óbito: documento necessário e importante**. 3º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009e.

BRASIL. Decreto n. 7.336, de 19 de outubro de 2010. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília, **Diário Oficial da União**, 19 de out. de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. 1º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 2º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2013, uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI. Sistema de Informação da Saúde Indígena – SIASI. **Portal da Saúde**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai>> Acesso em: 02 de abr. de 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>> Acesso em: 23 de maio de 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>> Acesso em: 05 de abr. de 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. **Indicadores de Vigilância em Saúde analisados segundo a variável raça/cor**. Brasília: Ministério da Saúde, vol. 46, n. 10, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>> Acesso em: 01 de ago. de 2015c.

BRAZ, R. M.; OLIVEIRA, P. T. R.; REIS, A. T.; MACHADO, N. M. S. Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: vol. 37, n. 99, p. 554-62, out./dez. 2013.

CAMARGO JR, K. R.; COELI, C. M.. Reclink: aplicativo para o relacionamento de bases de dados, implementando o método probabilistic record linkage. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 16, n. 2, 2000 .

CARVALHEIRO, C. D. G.; MANÇO, A. R. X. Mortalidade feminina no período reprodutivo em localidade urbana da região sudeste do Brasil. Evolução nos últimos 20 anos. **Rev. de Saúde Pública**. São Paulo, vol. 26, n. 4, p. 238-45, 1992.

CECATTI, J. G. Saúde da mulher: enfoque da evidência científica para a prevenção da morbidade e mortalidade materna. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**. Recife, vol. 5, n. 1, mar. 2005.

CHOR, D.; LIMA, C. R. A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 21, n. 5, p. 1586-94, set./out. 2005.

COIMBRA JR., C. E. A.; GARNELO, L. Questões de saúde reprodutiva na mulher indígena no Brasil. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Orgs.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. Cap. 7, p. 153-73.

CORREIA, R. A.; ARAÚJO, C. H.; FURTADO, B. M. A.; BONFIM, C. Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Recife, PE, Brasil (2000-2006). **Rev. Bras. de Enfermagem**. Brasília, n. 64, p. 91-7, 2011.

FERREIRA, M. E. V.; MATSUO, T.; SOUZA, R. K. T. Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do Estado do Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 27, n.12, p. 2327-39, dez. 2011.

FERREIRA, L. O. **Medicinas Indígenas e as Políticas da Tradição: entre discursos oficiais e vozes indígenas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

FRIAS, P. G.; PEREIRA, P. M. H.; ANDRADE, C. L. T.; SZWARCOWALD, C. L. Sistema de Informações sobre Mortalidade: estudo de caso em municípios com precariedade de dados. **Cad. De Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 24, n. 10, p. 2257-66, out. 2008.

FRIAS, P. G.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA JR., P. R. B.; ALMEIDA, W. S.; LIRA, P. I. C. Correção de informações vitais: estimação da mortalidade infantil, Brasil, 2000-2009. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, vol. 47, n. 6, p. 1048-58, 2013.

FRY, P. As aparências que enganam: reflexões sobre ‘raça’ e saúde no Brasil. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Orgs.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. Cap. 5, p. 121-35.

GARNELO, L.; BRANDÃO, L. C.; LEVINO, A. Dimensões e potencialidades dos sistemas de informação geográfica na saúde indígena. **Rev. de Saúde Pública**. São Paulo, vol. 39, n. 4, p. 634-40, 2005.

GARNELO, L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, L.; PONTES, A. L. (Orgs.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Unesco, 2012. Cap. 1, p. 19-58.

GIL, M. M. **Estudo da mortalidade de mulheres em idade reprodutiva no município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo**. 2012. 56f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Enfermagem em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2012.

GIL, M. M.; GOMES-SPONHOLZ, F. A. Declarações de óbitos de mulheres em idade fértil: busca por óbitos maternos. **Bras. de Enfermagem**. Brasília, vol. 66, n. 3, p. 333-7, maio/jun. 2013.

HADAKI, R.; GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R. Confiabilidade do Sistema de Informações sobre Mortalidade em município do sul do estado de São Paulo. **Rev. Bras. de Epidemiol.** São Paulo, vol. 8, n. 1, p. 19-24, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Notas Técnicas. **Características étnico-raciais da população, um estudo das categorias de classificação de cor ou raça**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010: Resultados gerais da amostra**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. População Indígena, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>> Acesso em: 02 de jan. 2013.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. População Indígena, 2010. Disponível em: <<http://indigenas.ibge.gov.br/pt/graficos-e-tabelas-2>> Acesso em: 18 de mar. 2015.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: relatório nacional de acompanhamento**. Brasília: IPEA, maio 2014.

ISHITANI, L. H.; FRANÇA, E. Uso das causas múltiplas de morte em Saúde Pública. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília, vol. 10, n. 4, p. 163-75, out./dez. 2001.

KASSEBAUM, N.; LOPEZ, A. D.; NAGHAVI, M.; MURRAY, C.; LOZANO, R. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study, 2013. **The Lancet**. London, vol. 384, p. 980-1004, 2014.

LAURENTI, R.; BUCHALLA, C. M.; LÓLIO, C. A.; SANTO, A. H.; MELLO JORGE, M. H. P. Mortalidade de mulheres em idade fértil no município de São Paulo (Brasil), 1986. **Rev. de Saúde Pública**. São Paulo, vol. 24, n. 02, p. 128-33, 1990.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Mortes maternas no Brasil: preenchimento de variável da declaração de óbito. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília: vol. 9, n. 1, p. 43-50, jan./mar. 2000.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo, vol. 7, n. 4, p. 449-60, 2004.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Mortes maternas e mortes por causas maternas. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, vol. 17, n. 4, p. 283-92, out./dez. 2008.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; RATTO, K. M. N.; CUNHA, C. B. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no município do Rio de Janeiro. **Cad. de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: vol. 20, supl. 1, p. 63-72, 2004.

LEITE, R. M. B. **Mortalidade materna no Recife: reconstruindo a trajetória das mulheres grávidas ao óbito.** 2004. 80f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2006.

LEITE, R. M. B. **Mortalidade materna: análise da trajetória das mulheres nos serviços de saúde.** 2004. 41f. Monografia. (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva). Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva, Universidade de Pernambuco, Recife, 2004.

MACHADO, M.; PAGLIARO, H.; BARUZZI, R. G. Perfil demográfico dos Hupd'äh, povo Maku da região do Alto Rio Negro, Amazonas (2000-2003). **Rev. Bras. Est. Pop.** Rio de Janeiro, vol. 26, n. 1, p. 37-50, jan./jun. 2009.

MEDRONHO, R. A.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. **Epidemiologia.** 2º ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MELLO JORGE, M. H. P.; LAURENTI, R. GOTLIEB, S. L. D. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: vol. 12, n. 3, p. 643-64, 2007.

MONTENEGRO, C. A. B.; FILHO, J. R. **Obstetrícia Fundamental.** 11º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MOTA, S. M. M.; GAMA, S. G. N.; FILHA, M. M. T. A investigação do óbito de mulher em idade fértil para estimar a mortalidade materna no município de Belém, estado do Pará, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde.** Brasília, vol. 18, n. 1, p. 55-64, jan./mar. 2009.

OLIVEIRA, J. P. Uma etnologia dos “índios misturados”? Situação colonial, territorialização e fluxos culturais. **MANA.** Rio de Janeiro, vol. 4, n. 7, p. 44-77, 1998.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Classificação estatística internacional de doenças e de problemas relacionados à saúde. Décima revisão. Manual de instrução** (vol. 2). São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português; 2009.

PAGLIARO, H.; AZEVEDO M. M.; SANTOS, V. R. (Org.). **Demografia dos Povos Indígenas no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz e Associação Brasileira de Estudos Populacionais/Abep, 2005.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Manual de ações de investigações de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos – o passo a passo da vigilância ao óbito materno.** 1º ed. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2011.

PERNAMBUCO. **Secretaria Estadual de Saúde.** Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/>> Acesso em: 17 de abr. 2015.

PÍCOLI, R. P.; CARANDINA, L.; RIBAS, D. L. B. Saúde materno-infantil e nutrição de crianças Kaiowá e Guaraní, Área indígena de Caarapó, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, vol. 22, n. 1, p. 223-27, jan. 2006.

PLA, M. A. S.; CORRÊA, F. M.; CLARO, I. B.; SILVA, M. A. F.; DIAS, M. B. K.; BORTOLON, P. C. Análise descritiva do perfil dos exames citopatológicos do colo do útero realizados em mulheres indígenas e não indígenas no Brasil, 2008-2011. **Revista Brasileira de Cancerologia (Instituto Nacional de Cancerologia – INCA).** Rio de Janeiro, vol. 58, n. 3, p. 461-9, 2012.

RIBEIRO, K. T.; GOTLIEB, S. L. D. **Mortalidade feminina na idade reprodutiva, Brasil, 1980/2000.** In XVIII Congresso Mundial de Epidemiologia, 2008. Porto Alegre: Anais do XVIII Congresso Mundial de Epidemiologia, 2008.

RIPSA. Rede Interagencial de Informação para Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** 2º ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

RODRIGUES, A. V.; SIQUEIRA, A. A. F. Uma análise da implementação dos comitês de estudos de morte materna no Brasil: um estudo de caso do Comitê do Estado de São Paulo. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, vol. 19, n. 1, p. 183-9, jan./fev. 2003.

RÖHR, L. K. **Assistência ao parto em Pernambuco: desigualdades na disponibilidade e distribuição dos serviços de cuidados obstétricos e da mortalidade materna e perinatal.** 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2014.

ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. A. **Epidemiologia & Saúde.** 6º ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SANTOS, R. V.; CARDOSO, A. M.; GARNELO, L.; COIMBRA JR., C. E. A.; CHAVES, M. B. G. Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; SCOREL, S.; LOBATO, L.; NORONHA, J.; CARVALHO, A. I. (Orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Cap. 30, p. 33-55.

SANTOS, R. H. **Mortalidade Materna e acesso à assistência obstétrica na região metropolitana do Recife, 2004 a 2007.** 98f. Dissertação (Mestrado Profissional em Vigilância sobre Saúde). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade de Pernambuco, Recife, 2009.

SANTOS, D. J. S.; PALOMARES, N. B.; NORMANDO, D.; QUINTÃO, C. C. A. Raça versus etnia: diferenciar para melhor aplicar. **Dental Press J Orthod.** vol. 15, n. 3, p. 121-4, maio/jun. 2010.

SCWARCWALD, C. L.; ESCALANTE, J. J. C.; NETO, D. L. R.; SOUZA JR., P. R. B.; VICTORIA, C. G. Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, vol. 30, supl. 71-83, 2014.

SERRUYA, S. J. A morte materna no Brasil: razão e sensibilidade. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, vol. 34, n. 12, p. 531-5, 2012.

SILVA, A. A. M.; RIBEIRO, V. S.; BORBA JR., A. F.; COIMBRA, C. B.; SILVA, R. A. Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 1997-1998. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, vol. 35, n. 6, p. 508-14, 2001.

SILVA, C. F. **Fatores de risco para mortalidade infantil em município da região metropolitana de Fortaleza: uma análise através do uso vinculado de bancos de dados.** 2005. 147f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública/Epidemiologia). Departamento de Saúde Comunitária. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

SOUSA, M. C.; SCATENA, J. H. G.; SANTOS, R. V. O Sistema de Informação da Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. **Cad. de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, vol. 23, n. 4, p. 853-61, 2007.

SOUSA, N. **Documento técnico sobre o estado da arte da investigação, registro e notificação do óbito de mulher em idade fértil, óbito materno e óbito neonatal/infantil indígenas sob responsabilidade sanitária do DSEI Xavante.** Brasília-DF, 2011.

SOUZA, L. G.; SANTOS, R. V.; COIMBRA JR., C. E. A. Estrutura etária, natalidade e mortalidade do povo indígena Xavante de Mato Grosso, Amazônia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, vol. 15, supl. 1, p. 1455-73, 2010.

TEIXEIRA, N. Z. F.; PEREIRA, W. R.; BARBOSA, D. A.; VIANNA, L. A. C. Mortalidade Materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, vol. 12, n. 1, p. 27-35, jan./mar. 2012.

THADDEUS, S.; MAINE D. Too far to walk: maternal mortality in context. **Soc. Sci. Med.** Great Britain, vol. 38, n. 8, p. 1091-110, 1994.

UFPE. **Universidade Federal de Pernambuco.** Rede de Monitoramento de Direitos Indígenas de Pernambuco – REMDIPE. Disponível em: <https://www.ufpe.br/remdipe/index.php?option=com_content&view=article&id=427&Itemid=240> Acesso em: 07 de dez. 2015.

VALONGUEIRO, S. A.; LUDERMIR, A. B.; GOMINHO, L. A. F. Avaliação de procedimentos para identificar mortes maternas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 19, supl. 2, p. 293-301, 2003.

VALONGUEIRO, S. A. Maternal mortality in Pernambuco, Brazil: what has changed in ten years? **Reproductive Health Matters**. London: vol. 15, n. 30, p. 134-44, 2007.

WHO. World Health Organization. Women and Health: today's evidence tomorrow's agenda. **Understanding women's health in the world today**. Geneva: WHO, 2009.

WHO. World Health Organization. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2013**. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Geneva: WHO, 2014.

ZUGAIB, M. **Obstetrícia**. 2º ed. Barueri-SP: Manole, 2012.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO****PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **“PERFIL DA MORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL E MATERNA NA POPULAÇÃO INDÍGENA DO ESTADO DE PERNAMBUCO”**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora **Nathalie Mendes Estima**, residente na Rua Fenelon Ático Leite, nº 05, Rio Doce, Olinda-PE, CEP: 56.150-500, telefone: (81) 97-15-0836, e e-mail: thalie_estima@hotmail.com e está sob a orientação da Prof^a Dra. Sandra Valongueiro, telefone: (81) 9182-5628, e-mail: svalong@gamil.com.

Este Termo de Consentimento pode ter coisas que o (a) Sr. (a) não entenda. Se o (a) Sr. (a) não entender, pode perguntar a pessoa que está lhe entrevistando para que o (a) Sr. (a) possa entender direito a sua participação no estudo. Após entender bem estas informações, se o (a) Sr. (a) aceitar fazer parte do estudo, assine no final deste documento, que está em duas cópias. Uma delas é sua e a outra é da pessoa que irá lhe entrevistar. Caso não queira participar, o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Sr. (a) tem o direito de retirar a autorização da sua participação em qualquer fase do estudo, sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Foi realizada uma reunião com as lideranças indígenas de Pernambuco e pedimos para fazer um estudo com os familiares das mulheres que estavam grávidas e que infelizmente morreram. Eles aceitaram por achar importante para os índios este conhecimento.

Com este estudo queremos conhecer como as mulheres que estavam grávidas foram atendidas nos postos de saúde e hospitais por onde passaram e como elas estavam na aldeia, porque não sabemos como elas foram atendidas e nem como elas estavam, e não existem outros estudos que possam nos dar esse conhecimento.

Para este estudo vamos fazer uma entrevista com um índio da família da mulher que esteve grávida para que ele possa contar o que foi que aconteceu desde quando a mulher ficou grávida até o momento do parto e depois do parto.

O (a) Sr. (a) pode sentir vergonha e não querer responder alguma pergunta da entrevista. Se isto acontecer, não precisa responder. E não precisa se preocupar, o (a) Sr. (a) pode sair do estudo quando quiser, sem nenhum problema.

Este estudo vai ser bom para saber como as mulheres que estavam grávidas e que infelizmente morreram foram consultadas e o que elas passaram e sentiram desde quando descobriram a gravidez até quando tiveram o bebê. Conhecendo melhor e direito a história destas mulheres, poderemos mostrar com este grupo de pessoas é importante (as mulheres grávidas) e fazer com que sejam pensadas formas de se realizar melhorias nos atendimentos de saúde das mulheres indígenas.

Esse estudo é só de perguntas e respostas. Não tem fotografia, e não vai fazer mal a pessoa entrevistada. As fichas serão guardadas direito por cinco anos em Recife com a pesquisadora Nathalie Mendes Estima em pastas e no computador do Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva da UFPE. A pesquisadora vai fazer reunião com os índios depois da pesquisa pra contar o que ela achou dos resultados.

Se o (a) Sr. (a) tiver alguma dúvida da pesquisa, pode perguntar para pesquisadora. Se o (a) Sr. (a) quiser saber mais do estudo, pode falar com a pesquisadora Nathalie Mendes Estima telefone: (81) 9715-0836.

Ainda em caso de dúvidas sobre a ética deste projeto o (a) Sr. (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600. Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br), pois eles vão procurar saber se os pesquisadores estão fazendo o estudo direito e se os índios ficaram felizes com o trabalho.

Quando o índio assina essa carta é porque ele entendeu mesmo e pensa que o estudo é importante para a aldeia e vai querer participar. Se houver algum dano por causa da pesquisa, o (a) Sr. (a) vai receber uma indenização que um juiz vai decidir.

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, da etnia _____ abaixo assinado, depois da leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, aceito participar da pesquisa, ***“PERFIL DA MORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL E MATERNA NA POPULAÇÃO INDÍGENA DO ESTADO DE PERNAMBUCO”*** como voluntário (a). Fui informado (a) do que vai ser feito e

também de coisas boas e ruins que podem acontecer por eu participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso desistir a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer problema.

Local e data _____

Assinatura do participante (ou responsável legal):

Impressão do
dedo polegar.
Caso não
saiba assinar

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do voluntário em participar.

(02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

ANEXO A – Declaração de Óbito (DO) - Até 2010


República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito

I Cartório

1) Cartório Código 2) Registro 3) Data

4) Município 5) UF 6) Cemitério

7) Tipo de Óbito 8) Óbito Data Hora 9) RCI 10) Naturalidade

11) Nome do falecido

12) Nome do pai 13) Nome da mãe

II Identificação

14) Data de nascimento 15) Idade Anos completos Meses de 1 ano Dias Horas Minutos Ignorado 16) Sexo M - Masc. F - Fem. 17) Raça/cor 1 - Branco 2 - Preto 3 - Amarelo 4 - Pardo 5 - Indígena

18) Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Viúvo 4 - Separado judicialmente 5 - União consensual 9 - Ignorado 19) Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) 1 - Nenhuma 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 7 4 - De 8 a 11 5 - 12 e mais 9 - Ignorado 20) Ocupação habitual e ramo de atividade (Se aposentado, indicar a ocupação habitual anterior) Código

III Residência

21) Logradouro (Rua, praça, avenida etc.) Código Número Complemento 22) CEP

23) Bairro/Distrito Código 24) Município de residência Código 25) UF

IV Ocorrência

26) Local de ocorrência do óbito 1 - Hospital 2 - Centro de saúde 3 - Domicílio 4 - Via pública 5 - Outro 9 - Ignorado 27) Estabelecimento Código

28) Endereço de ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida etc.) Número Complemento 29) CEP

30) Bairro/Distrito Código 31) Município de ocorrência Código 32) UF

V Fetal ou menor que 1 ano

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO

33) Idade 34) Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) 35) Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe Código 36) Número de filhos tidos (Caso a mãe não saiba, não preencher) Nascidos vivos Nascidos mortos

37) Duração da gestação (Em semanas) 1 - Menos de 22 2 - De 22 a 27 3 - De 28 a 31 4 - De 32 a 36 5 - De 37 a 41 6 - 42 e mais 9 - Ignorado 38) Tipo de Gravidez 1 - Única 2 - Dupla 3 - Tripla e mais 9 - Ignorado 39) Tipo de parto 1 - Vaginal 2 - Cesáreo 9 - Ignorado 40) Morte em relação ao parto 1 - Antes 2 - Durante 3 - Depois 9 - Ignorado 41) Passo ao nascer 42) Num. da Declar. de Nascidos Vivos

OBITOS EM MULHERES

43) A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 44) A morte ocorreu durante o puerpério? 1 - Sim até 42 dias 2 - Sim de 43 dias a 1 ano 9 - Ignorado 45) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:

46) Exame complementar? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 47) Cirurgia? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 48) Necropsia? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

VI Condições e causas do óbito

49) CAUSAS DA MORTE PARTE I ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POSSÍVEL

Doença ou estado médico que causou diretamente a morte

CAUSAS ANTERIORES

Condições morbosas, se existirem, que produziram a doença acima registrada, mencionadas no mesmo lugar e nome da doença

PARTES a, b, c, d

PARTE II

Outras condições significativas que contribuíram para a morte, se não estiverem mencionadas acima.

VII Médico

50) Nome do médico 51) CRM 52) O médico que assina atendeu ao falecido? 1 - Sim 2 - Suspeito 3 - Não 4 - SVD 5 - Outros

53) Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.) 54) Data do atestado 55) Assinatura

VIII Causas externas

56) PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter estritamente epidemiológico)

1 - Acidente 2 - Suicídio 3 - Homicídio 4 - Outros 9 - Ignorado 57) Acidente de trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 58) Fonte de informação 1 - Médico de confiança 2 - Hospital 3 - Família 4 - Outros 9 - Ignorado

59) Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência

SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO

60) Logradouro (Rua, praça, avenida etc.) Código

IX Local e data da declaração

61) Declarante 62) Testemunhas

Versão 09/08-01

ANEXO B – Declaração de Óbito (DO) - A partir de 2011

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito

I

Identificação

II

Residência

III

Local de ocorrência do óbito

IV

Fetal ou menor que 1 ano

V

Condições e causas do óbito

VI

Médico

VII

Causas externas

VIII

Cadastros

IX

Local de Médico

Versão 1.0.0 - 2ª impressão 1/2010

24	Foi utilizado partograma durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica			
25	Foi realizado teste rápido para sífilis (VDRL)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica			
26	A mulher teve acompanhante no momento do parto?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica			
27	O óbito ocorreu	<input type="checkbox"/> Durante o abortamento <input type="checkbox"/> Durante o trabalho de parto, mas antes do bebê nascer <input type="checkbox"/> Entre o 43º dia e 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Após o abortamento <input type="checkbox"/> No parto ou até uma hora após o parto <input type="checkbox"/> Mais de um ano após o parto <input type="checkbox"/> Durante a gestação <input type="checkbox"/> No puerpério, até 42 dias do término da gestação <input type="checkbox"/> A investigação não conseguiu identificar o momento do óbito					
28	Em caso de óbito durante ou após abortamento, o aborto foi	<input type="checkbox"/> espontâneo	<input type="checkbox"/> induzido legalmente	<input type="checkbox"/> provocado <input type="checkbox"/> Ign			
29	Em caso de óbito durante parto, ou puerpério, qual foi o tipo de parto?	<input type="checkbox"/> parto vaginal	<input type="checkbox"/> parto com fórceps	<input type="checkbox"/> cesariana <input type="checkbox"/> Ign			
30	A investigação permitiu o resgate de alguma causa de óbito não-informada ou a correção de alguma antes informada?	<input type="checkbox"/> Não acrescentou nem corrigiu informação <input type="checkbox"/> Sim permitiu o resgate de novas informações <input type="checkbox"/> Sim permitiu a correção de alguma das causas informadas originalmente					
31	Causas do óbito levantadas/confirmadas na investigação para revisão da declaração de óbito original						
Parte I	a)						
	b)						
	c)						
	d)						
Parte II							
32	A investigação permitiu a alteração de alguma outra variável da Declaração de Óbito além da causa e dos campos 43 e 44	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não				
33	Quais campos e que alterações						
Campo	Original	Após a investigação					
Campo	Original	Após a investigação					
Campo	Original	Após a investigação					
Campo	Original	Após a investigação					
34	Foi descartado óbito materno?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não				
35	Foi descartado óbito materno após	<input type="checkbox"/> Entrevista domiciliar <input type="checkbox"/> Investigação hospitalar <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Investigação ambulatorial <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> Outras fontes					
36	Classificação do óbito	<input type="checkbox"/> óbito de MIF não relacionado a gravidez	<input type="checkbox"/> óbito materno obstétrico tardio (43 dias a 1 ano)	<input type="checkbox"/> ignorado			
		<input type="checkbox"/> óbito materno obstétrico direto(até 42 dias)	<input type="checkbox"/> declarado	<input type="checkbox"/> inconclusivo			
		<input type="checkbox"/> óbito materno obstétrico indireto(até 42 dias)	<input type="checkbox"/> não declarado	<input type="checkbox"/> não obstétrico			
37	Foram identificados problemas após a investigação?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não				
Descrever os problemas identificados após a investigação		Falha no acesso			Falha na assistência		
Assinalar com um X as alternativas mais adequadas		1. Sim	2. Não	3. Inconclusivo	1. Sim	2. Não	3. Inconclusivo
38	Planejamento familiar	1	2	3	1	2	3
39	Pré-natal	1	2	3	1	2	3
40	Assistência ao parto	1	2	3	1	2	3
41	Assistência na maternidade	1	2	3	1	2	3
42	Assistência no Centro e Saúde/UBS	1	2	3	1	2	3
43	Assistência na urgência	1	2	3	1	2	3

44	Assistência no hospital	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
45	Dificuldades da família	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
46	Causas externas					<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 3. Inconclusivo
						<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
47	Organização do sistema/serviço de saúde					<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 3. Inconclusivo
47.1	Cobertura da atenção primária					<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
47.2	Referência e contra-referência					<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
47.3	Pré-natal de alto risco					<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
47.4	Leito de UTI – gestante de alto risco					<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
47.5	Central de regulação					<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
47.6	Transporte inter-hospitalar					<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
47.7	Bancos de sangue					<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
48	Este óbito poderia ter sido evitado?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> provavelmente evitável <input type="checkbox"/> provavelmente inevitável <input type="checkbox"/> inconclusivo						
48.1	Assinale a classificação de evitabilidade para este caso							
	Lista brasileira	<input type="checkbox"/> 1.1 <input type="checkbox"/> 1.2 <input type="checkbox"/> 1.3 <input type="checkbox"/> 1.4 <input type="checkbox"/> 1.5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Inconclusivo						
49	Recomendações e medidas de prevenção							
49.1	Planejamento familiar							
49.2	Pré-natal							
49.3	Assistência ao parto							
49.4	Assistência na maternidade							
49.5	Assistência no Centro e Saúde/UBS							
49.6	Assistência na urgência/emergência							
49.7	Assistência no hospital							
49.8	Organização do sistema/serviço de saúde							
49.9	Outras							
50	Encaminhamentos							
51	O caso foi encaminhado para o Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna?						<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
52	Em caso afirmativo para a pergunta anterior, qual a data do encaminhamento ao Comitê?	<input type="checkbox"/>						
53	O Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna deu parecer?						<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
54	Em caso afirmativo para a pergunta anterior, as causas do óbito corrigidas acima, expressam o parecer do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna?							
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica, o comitê não emitiu parecer ainda						
		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica, a vigilância não teve acesso ao parecer emitido pelo Comitê						
55	Data da conclusão da investigação	<input type="checkbox"/>						
56	Responsável	Carimbo e rubrica						

ANEXO D – Fichas de Notificação do Óbito de Mulheres em Idade Fértil

Ficha de Notificação de Óbito de Mulheres em Idade Fértil

Secção 1 - Dados da Mulher

01	Nome:	
	Nome da mãe:	
02	Idade:	03
		Zona de residência: Urbano.....1 <input type="checkbox"/> Rural...2 <input type="checkbox"/>
04	Endereço:	05
	Município: UF:	Área coberta por PACS/ESF
	Código:	Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Não..... 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>
		Se sim, qual.....
06	Escolaridade (em anos de estudo concluído)	07
	Nenhuma 1 <input type="checkbox"/>	Situação Conjugal:
	1 a 3 anos 2 <input type="checkbox"/>	Solteira 1 <input type="checkbox"/>
	4 a 7 anos 3 <input type="checkbox"/>	Casada 2 <input type="checkbox"/>
	8 a 11 anos 4 <input type="checkbox"/>	Viúva 3 <input type="checkbox"/>
	12 anos e mais 5 <input type="checkbox"/>	Separada (Judicialmente) 4 <input type="checkbox"/>
	Ignorado 99 <input type="checkbox"/>	União Consensual 5 <input type="checkbox"/>
		Ignorado 99 <input type="checkbox"/>
08	Ocupação habitual e ramo de atividade:	Código:
09	Raça/cor/etnia:	
	Branca 1 <input type="checkbox"/>	Parda 4 <input type="checkbox"/>
	Preta 2 <input type="checkbox"/>	Indígena 5 <input type="checkbox"/>
	Amarela 3 <input type="checkbox"/>	Ignorado 99 <input type="checkbox"/>

Secção 2 - Dados do óbito

10	Data:	Hora:	Número da DO:
11	Local de Ocorrência		
	Hospital 1 <input type="checkbox"/>	Via pública 4 <input type="checkbox"/>	
	Outro estabelecimento 2 <input type="checkbox"/>	Outros (qual) 5 <input type="checkbox"/>	
	Domicílio 3 <input type="checkbox"/>	Ignorado 99 <input type="checkbox"/>	
12	Nome do estabelecimento:	Código CNES:	
13	Município de ocorrência:		
	Código do município:	UF	
14	Morte ocorreu durante:		
	Gestação (sem expulsão do feto)..... 1 <input type="checkbox"/>	Puerpério precoce (até 42 dias)..... 5 <input type="checkbox"/>	
	Abortamento..... 2 <input type="checkbox"/>	Puerpério tardio (entre 43 dias e 1 ano)..... 6 <input type="checkbox"/>	
	Pós abortamento..... 3 <input type="checkbox"/>	O momento do óbito não foi identificado..... 7 <input type="checkbox"/>	
	Parto (até 1 hora após nascimento)..... 4 <input type="checkbox"/>	Não ocorreu nestes períodos..... 8 <input type="checkbox"/>	
		Ignorado 99 <input type="checkbox"/>	

Secção 3 - Causas do óbito no atestado original

15	Causa da Morte:	CID
	I a) .....	.....
	b) .....	.....
	c) .....	.....
	d) .....	.....
II	.....	.....

Secção 4 - Classificação inicial

16	Quanto à causa básica:	
	Morte materna declarada .....1 <input type="checkbox"/>	Morte materna não declarada.....2 <input type="checkbox"/>
	Morte materna descartada.....3 <input type="checkbox"/>	Inconclusivo .....4 <input type="checkbox"/>
17	Se o óbito foi descartado, quais as fontes consultadas:	
	Entrevista domiciliar .....1 <input type="checkbox"/>	Registros PACS/PSF.....2 <input type="checkbox"/>
	Prontuário Hospitalar.....4 <input type="checkbox"/>	Registros IML.....5 <input type="checkbox"/>
	Entrevista com profissional de saúde....7 <input type="checkbox"/>	Outro, qual.....8 <input type="checkbox"/>
18	Data da conclusão da investigação: .....|.....|.....	
19	Observações do /a entrevistador /a:	
	
	
	
	
20	Entrevistador /a:	Data .....|.....|.....

Óbitos declarados ou suspeitos de morte materna, proceder a investigação com a Ficha Confidencial de Investigação de Morte Materna.

15	Esquema de vacinação contra Tétano: 1°dose..... 1 <input type="checkbox"/> 2°dose..... 2 <input type="checkbox"/> 3°dose..... 3 <input type="checkbox"/> Reforço..... 4 <input type="checkbox"/> Imune 5 <input type="checkbox"/> Não realizou 6 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>					
16	Foi realizada coleta para prevenção de câncer ? Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Não..... 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/> Quando ?					
17	Exames realizados no pré-natal:	Trimestre			Resultados	Ignorado
	Assinale o trimestre e anote o resultado	1°	2°	3°		
	Dosagem Hb/Ht					
	Classificação grupo sanguíneo (ABO)					
	Classificação sanguínea (fator RH)					
	Coombs indireto					
	Glicemia de jejum					
	Sorologia para Toxoplasmose - IgM					
	Curva de tolerância à glicose					
	Urina rotina					
	Urocultura					
	Sorologia para HbsAg					
	Sorologia para HIV					
	Sorologia para Sífilis (VDRL)					
	Ultrassonografia					
	Outros exames					
18	Recebia visitas do ACS durante o pré-natal: Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Não..... 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/> Frequência das visitas: por mês	19	Foi cadastrado no SISPRENATAL ? Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Não..... 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/> Numero do cadastro:			
20	Fatores de risco / complicações durante o pré-natal da gestação que levou ao óbito:					
	Nenhum(a)..... 1 <input type="checkbox"/>	Anemia..... 15 <input type="checkbox"/>				
	Obesidade..... 2 <input type="checkbox"/>	Ameaça de aborto / de parto prematuro..... 16 <input type="checkbox"/>				
	Hábito de fumar..... 3 <input type="checkbox"/>	Hemorragia..... 17 <input type="checkbox"/>				
	Hábito de beber..... 4 <input type="checkbox"/>	Infecção urinária..... 18 <input type="checkbox"/>				
	Uso de medicamentos, qual?..... 5 <input type="checkbox"/>	Violência/Trauma..... 19 <input type="checkbox"/>				
	Hipertensão arterial..... 6 <input type="checkbox"/>	Cardiopatía..... 20 <input type="checkbox"/>				
	Pré-Eclâmpsia..... 7 <input type="checkbox"/>	Infecção respiratória..... 21 <input type="checkbox"/>				
	Eclâmpsia..... 8 <input type="checkbox"/>	Gravidez molar..... 22 <input type="checkbox"/>				
	HELLP Síndrome..... 10 <input type="checkbox"/>	Gravidez ectópica..... 23 <input type="checkbox"/>				
	HIV/AIDS..... 11 <input type="checkbox"/>	Outros, quais?..... 24 <input type="checkbox"/>				
	Multiparidade..... 12 <input type="checkbox"/>	Ignorado..... 99 <input type="checkbox"/>				
	Sífilis..... 13 <input type="checkbox"/>					
	Diabetes..... 14 <input type="checkbox"/>					
21	Ela fez algum tratamento na gravidez atual ? Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Não..... 2 <input type="checkbox"/> Ignorado .....99 <input type="checkbox"/> Qual ?					

<p>22 Ela foi encaminhada alguma vez para um pré-natal de alto risco ou especialista ?</p> <p>Sim 1 <input type="checkbox"/> Não se aplica 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Não 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/></p>	<p>23 Se sim, realizou alguma consulta ?</p> <p>Sim 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/></p> <p>Nome do estabelecimento.....</p> <p>..... CNES.....</p> <p>Se não, por quê?</p> <p>.....</p>
<p>24 Ela procurou algum serviço de saúde (maternidade, unidade básica, emergência) durante o pré-natal ?</p> <p>Sim 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Não 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Ignorado 99 <input type="checkbox"/></p> <p>Se sim, quantas vezes?</p> <p>Datas: / /</p>	<p>25 Ela foi internada durante a gravidez atual ?</p> <p>Sim 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/></p> <p>Se sim, quantas vezes?</p> <p>Datas: / /</p> <p>Nome(s) do(s) estabelecimento(s):.....</p> <p>.....</p> <p>Código(s) CNES:.....</p>
<p>26 Se internada, qual(is) o(s) motivo(s) ?</p> <p>Sangramento..... 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Ameaça de aborto / parto prematuro..... 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Hipertensão arterial 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Pré-eclâmpsia 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Eclâmpsia 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Cardiopatía 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Diabetes..... 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Acidentes..... 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Violência/Trauma 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Outros, quais ? 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Ignorado 99 <input type="checkbox"/></p>	<p>27 Houve necessidade de transferência ?</p> <p>Sim 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/></p> <p>Por quê ?</p> <p>.....</p> <p>Para onde?.....</p> <p>.....</p> <p>Data:.....</p>
SECÇÃO 04 SE A GRAVIDEZ TERMINOU EM ABORTO	
<p>28 Data do internamento:..... Hora:..... Data do aborto:.....</p>	
<p>29 Local do abortamento:</p> <p>Maternidade 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Hospital 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Domicílio 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Via pública..... 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Casa de parto 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Outro, qual? 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Ignorado 99 <input type="checkbox"/></p>	<p>30 Nome do Estabelecimento:.....</p> <p>..... Código CNES:.....</p> <p>Município:.....</p> <p>Código do município:.....</p> <p>31 Idade gestacional no momento do abortamento:</p> <p>..... Semanas</p> <p>..... Meses Ignorado 99 <input type="checkbox"/></p>
<p>32 Tipo de abortamento:</p> <p>Espontâneo..... 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Induzido legalmente..... 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Induzido pela mulher..... 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Retido..... 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Ignorado..... 99 <input type="checkbox"/></p>	<p>33 Procedimentos / métodos usados no abortamento:</p> <p>Curetagem..... 1 <input type="checkbox"/></p> <p>AMIU / Sucção..... 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Chás caseiros..... 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Citotec / Misoprostol 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Outras drogas, quais?..... 5 <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>Outros métodos, quais?..... 6 <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>Ignorado..... 99 <input type="checkbox"/></p>

34	Complicações / Intercorrências decorrentes do abortamento: Não apresentou complicações 1 <input type="checkbox"/> Hemorragia 2 <input type="checkbox"/> Infecção 3 <input type="checkbox"/> Perfuração uterina..... 4 <input type="checkbox"/> Embolia 5 <input type="checkbox"/> CIVD 6 <input type="checkbox"/> Coma 7 <input type="checkbox"/> Tristeza/depressão..... 8 <input type="checkbox"/> Outras, quais ?..... 10 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>	35	Tratamentos realizados para as complicações / intercorrências do abortamento: Clínico 1 <input type="checkbox"/> Curetagem / AMIU 2 <input type="checkbox"/> Cirúrgico..... 3 <input type="checkbox"/> Não realizado..... 4 <input type="checkbox"/> Outros, quais ?..... 5 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>
----	--	----	---

SECÇÃO 05 SE A GESTAÇÃO TERMINAR EM PARTO

36	Data do parto: Hora:..... Local do parto: Maternidade 1 <input type="checkbox"/> Hospital Geral..... 2 <input type="checkbox"/> Domicílio..... 3 <input type="checkbox"/> SAMU 4 <input type="checkbox"/> Via pública..... 5 <input type="checkbox"/> Casa de parto..... 6 <input type="checkbox"/> Outros, quais?..... 7 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/> Nome do estabelecimento: Código CNES:..... Município : Código do município:.....	37	Tipo de estabelecimento: Público 1 <input type="checkbox"/> Filantrópico..... 4 <input type="checkbox"/> Privado/conveniado..... 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/> Privado não conveniado...3 <input type="checkbox"/>
		38	Se o parto não foi no hospital / maternidade, qual a razão? Ela decidiu ter o bebê em casa..... 1 <input type="checkbox"/> Não deu tempo de chegar ao hospital... 2 <input type="checkbox"/> Não tinha leito nos hospitais..... 3 <input type="checkbox"/> Dificuldade de acesso, qual? 4 <input type="checkbox"/> Outro, qual ? 5 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>

39	Houve acompanhamento por parteira em domicílio ? Sim...1 <input type="checkbox"/> Não...2 <input type="checkbox"/> Ignorado.... 99 <input type="checkbox"/> Em que momento:.....
----	---

40	Informações da parteira:.....
----	--

41	Registros à admissão da gestante na maternidade/hospital: Pressão alta: Sim.....1 <input type="checkbox"/>mmHg Não.....2 <input type="checkbox"/> Ignorado.... 99 <input type="checkbox"/> Dinâmica uterina: Sim.....1 <input type="checkbox"/> contrações de..... em..... Não.....2 <input type="checkbox"/> Ignorado.... 99 <input type="checkbox"/> Dilatação do colo: Sim.....1 <input type="checkbox"/>cm Não.....2 <input type="checkbox"/> Ignorado.... 99 <input type="checkbox"/> Batimentos cardíaco-fetais: Positivo...1 <input type="checkbox"/>bpm Negativo.....2 <input type="checkbox"/> Ignorado.... 99 <input type="checkbox"/> Apresentação: Cefálica...1 <input type="checkbox"/> Pélvica.....2 <input type="checkbox"/> Anômala.....3 <input type="checkbox"/> Ignorado.... 99 <input type="checkbox"/> Membrana amniótica: Íntegra...1 <input type="checkbox"/> Rota .....2 <input type="checkbox"/> Tempo da bolsa rota..... Ignorado.... 99 <input type="checkbox"/>
----	---

42	Exames na admissão		Solicitado			Realizado			
			Sim(1)	Não(2)	Ign(99)	Sim(1)	Não(2)	Ign(99)	
	Classificação sanguínea e fator RH								
	Teste rápido para Sífilis(VDRL)								
	Teste rápido para HIV								
Outros, quais ?.....									
43	Diagnóstico ao Internamento:.....								
44	Tipo de parto:				45	Se o parto foi cesariana qual o motivo:			
	Vaginal espontâneo..... 1 <input type="checkbox"/>					Cesariana pré-marcada para laqueadura 1 <input type="checkbox"/>			
	Vaginal induzido..... 2 <input type="checkbox"/>					Cesariana por opção materna..... 2 <input type="checkbox"/>			
	Vaginal fórceps..... 3 <input type="checkbox"/>					Duas ou mais cesarianas anteriores..... 3 <input type="checkbox"/>			
	Vaginal sem especificação..... 4 <input type="checkbox"/>					Cesariana em morte materna iminente ou pós-morte 4 <input type="checkbox"/>			
	Cesariana..... 5 <input type="checkbox"/>					Cesariana por indicação médica 5 <input type="checkbox"/>			
	Ignorado..... 99 <input type="checkbox"/>					qual indicação ?.....			
						Ignorado..... 99 <input type="checkbox"/>			
46	Duração do trabalho de parto Horas		Ignorado..... 99 <input type="checkbox"/>						
47	Idade gestacional no momento do parto:		Semanas		Meses		Ignorado..... 99 <input type="checkbox"/>		
48	Quem atendeu o processo obstétrico cirúrgico:								
	Obstetra 1 <input type="checkbox"/>				Enfermeiro(a)..... 5 <input type="checkbox"/>				
	Parteira 2 <input type="checkbox"/>				Auxiliar/Técnico de enfermagem..... 6 <input type="checkbox"/>				
	Cirurgião(ã)..... 3 <input type="checkbox"/>				Outro, quem ?..... 7 <input type="checkbox"/>				
	Clínico(a)..... 4 <input type="checkbox"/>				Ignorado..... 99 <input type="checkbox"/>				
49	Ficha de anamnese preenchida ? Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Ignorado..... 99 <input type="checkbox"/>								
50	Partograma preenchido ? Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Não se aplica..... 3 <input type="checkbox"/> Ignorado..... 99 <input type="checkbox"/>								
51	Paciente teve acompanhamento de alguém no internamento do parto ? Sim..... 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Ignorado..... 99 <input type="checkbox"/>								
52	Intercorrências no trabalho de parto/parto:								
	Sem complicações 1 <input type="checkbox"/>				Descolamento prematuro de placenta 12 <input type="checkbox"/>				
	Pré-eclâmpsia 2 <input type="checkbox"/>				Feto morto 13 <input type="checkbox"/>				
	Eclâmpsia 3 <input type="checkbox"/>				Hemorragia 14 <input type="checkbox"/>				
	HELLP Síndrome..... 4 <input type="checkbox"/>				Embolia 15 <input type="checkbox"/>				
	Trabalho de parto prolongado..... 5 <input type="checkbox"/>				Complicações anestésicas 16 <input type="checkbox"/>				
	Obstrução do trabalho de parto 6 <input type="checkbox"/>				Ruptura uterina..... 17 <input type="checkbox"/>				
	Hipertonia uterina..... 7 <input type="checkbox"/>				Placenta acreta 18 <input type="checkbox"/>				
	Sofrimento fetal..... 8 <input type="checkbox"/>				Outras, quais ? 19 <input type="checkbox"/>				
	Corioamnionite 10 <input type="checkbox"/>				Ignorado 99 <input type="checkbox"/>				
	Placenta prévia 11 <input type="checkbox"/>								

SECÇÃO 06 PUERPÉRIO

53	Complicações durante o puerpério		
	Não teve complicações	1 <input type="checkbox"/>	Distúrbio de coagulação
	Hemorragias	2 <input type="checkbox"/>	Depressão puerperal
	Infecções do útero / Endometrite	3 <input type="checkbox"/>	Atonia uterina
	Infecção de ferida cirúrgica	4 <input type="checkbox"/>	Trombose venosa profunda
	Pré-eclâmpsia	5 <input type="checkbox"/>	Coma
	Eclâmpsia	6 <input type="checkbox"/>	Outras, quais ?
	HELLP Síndrome	7 <input type="checkbox"/>	Ignorado
	Embolia	8 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

54	Fez tratamento das complicações durante o puerpério	Sim	1 <input type="checkbox"/>	Não	2 <input type="checkbox"/>
	Qual(is) ?	Não se aplica	3 <input type="checkbox"/>	Ignorado	99 <input type="checkbox"/>

55	Outros procedimentos realizados no puerpério:	56	Condições do recém-nascido:
	Não houve necessidade		Vivo
	Curagem uterina		Morto
	Curetagem uterina		Ignorado
	Histerectomia		Peso ao nascer
	Ligadura das artérias hipogástricas		Apgar: 1°
	Revisão do canal de parto		5°
	Outros, quais ?		
	Ignorado		99 <input type="checkbox"/>

SECÇÃO 07 ASSISTÊNCIA HOSPITALAR Caso a gestante tenha passado por mais de uma unidade hospitalar, preencher esta secção para cada uma.

57	Nome do estabelecimento:	Município:
	Código CNES:	Código do município:
	Data da admissão:	Hora:

58	Procedência:	59	Se transferida ou encaminhada de outro serviço, qual ou quais ?
	De um serviço de pré-natal		Nome do estabelecimento :
	Do mesmo serviço .....		.....
	Domicílio		Código CNES:
	Transferida de outro serviço		Município:
	Outros, quais ?		Código do município:
	Ignorado		99 <input type="checkbox"/>

60	Motivo da internação (atual):	61	Procedimentos realizados durante a internação:
	.....		Clínicos
	.....		Cirúrgicos
	.....		Não realizados, por quê ?

	.....		Ignorado
	.....		99 <input type="checkbox"/>

62	Após a admissão, em quanto tempo os procedimentos foram realizados ?	64	Condição geral por ocasião do internamento nesta unidade:
	.....		Boa
63	Descreva sumariamente os procedimentos realizados:		Regular
	.....		Grave
	.....		Sem vida
	.....		Ignorado
	.....		99 <input type="checkbox"/>

65	Hipóteses diagnósticas (HD) formuladas:

66 Periodicidade das visitas médicas / evoluções médicas: Dias alternados 1 <input type="checkbox"/> Diária 2 <input type="checkbox"/> Mais de uma vez ao dia 3 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>	67 Houve indicação de reposição de sangue/hemoderivados ? Sim 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>
68 A paciente recebeu sangue/hemoderivados ? Sim 1 <input type="checkbox"/> Não se aplica 3 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>	70 Se não, indicar o motivo: Falta de sangue / hemoderivados 1 <input type="checkbox"/> no serviço 1 <input type="checkbox"/> Atraso no sangue / hemoderivados 2 <input type="checkbox"/> Paciente faleceu antes 3 <input type="checkbox"/> Outro, qual ? 4 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>
69 Se sim, qual o tempo decorrido entre a prescrição e administração ? Horas Ignorado 99 <input type="checkbox"/>	71 Foi submetida à anestesia ? Sim 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/> Se sim, teve complicações ? Sim 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/> Qual(is) ? Profissional que administrou a anestesia: Anestesiista... <input type="checkbox"/> Outra especialidade... <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>
72 Houve indicação de UTI ? Sim 1 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/>	73 Foi admitida na UTI ? Sim 1 <input type="checkbox"/> Não se aplica 3 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>
74 Se sim, qual o tempo decorrido entre a solicitação e a admissão na UTI ? horas	
75 Se não foi internada na UTI, qual(is) o(s) motivo(s) ? Falta de leito na UTI do serviço 1 <input type="checkbox"/> Falta de leito na UTI disponível no município 2 <input type="checkbox"/> Paciente faleceu antes 3 <input type="checkbox"/> Outro, qual ? 4 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>	
76 Se transferida, para onde ? Nome do estabelecimento: Município: Código CNES: Código do município:	
77 Ela recebeu alta do hospital ? Sim 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/> Diagnóstico final da hospitalização:	78 Em que condição de saúde se encontrava ? Boas 1 <input type="checkbox"/> Regular 2 <input type="checkbox"/> Outra, qual ? 3 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>
79 Voltou ao hospital ? Sim 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>	80 Se sim, qual o motivo ?
81 Se sim, após quanto tempo da alta ?	82 Procurou outro serviço após a alta ? Sim 1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Ignorado 99 <input type="checkbox"/>

83	Descrever o que ela sentia e quais as queixas referidas aos familiares e o tempo de evolução das queixas até chegar ao hospital:
----	--

84	Dificuldades encontradas no atendimento, anotar o tempo decorrido:
----	--

85	Informações complementares:
----	-----------------------------------

Nota: caso seja necessário transcreva trechos do prontuário em folha anexa.

SECÇÃO 08 NECROPSIA

86	Foi realizada a necropsia ?	Onde ?
	Sim 1 <input type="checkbox"/>	IML 1 <input type="checkbox"/>
	Não 2 <input type="checkbox"/>	SVO 2 <input type="checkbox"/>
	Ignorado 99 <input type="checkbox"/>	Ignorado 99 <input type="checkbox"/>

87	Foram analisados útero e anexos: Sim 1 <input type="checkbox"/>	Não 2 <input type="checkbox"/>	Ignorado 99 <input type="checkbox"/>
----	---	--------------------------------------	--

88	Informações da necrópsia:
----	---------------------------------

Nota: Caso tenha laudo de SVO/IML, transcreva-o e anexe a esta ficha.

SECÇÃO 09 OUTRAS INFORMAÇÕES

89
----	-------

90	Fontes consultadas durante a investigação:		
	Entrevista domiciliar 1 <input type="checkbox"/>	Registros PACS/PSF 2 <input type="checkbox"/>	Prontuário Ambulatorial 3 <input type="checkbox"/>
	Prontuário Hospitalar 4 <input type="checkbox"/>	Registros IML 5 <input type="checkbox"/>	Registros SVO 6 <input type="checkbox"/>
	Entrevista com profissional de saúde 7 <input type="checkbox"/>	Outro, qual ? 8 <input type="checkbox"/>	

91	Informante:	Data:/...../.....
	Grau de parentesco / afinidade com a falecida	

92	Entrevistador (a):	Data:/...../.....
----	--------------------------	-------------------------

ANEXO F – DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS (DN)



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

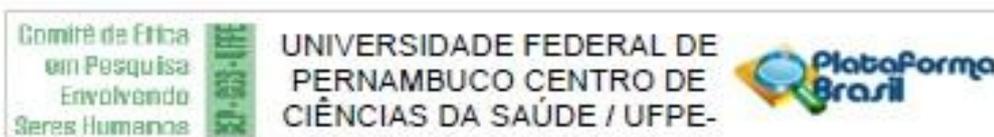
Declaração de Nascido Vivo

I	Cartório	<input type="checkbox"/> Cartório <input type="checkbox"/> Código <input type="checkbox"/> Registro <input type="checkbox"/> Data	
		<input type="checkbox"/> Município <input type="checkbox"/> UF	
II	Local da Ocorrência	<input type="checkbox"/> Local da Ocorrência <input type="checkbox"/> Estabelecimento <input type="checkbox"/> Código 1 <input type="checkbox"/> Hospital 2 <input type="checkbox"/> Outros Estab. Saúde 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 4 <input type="checkbox"/> Outros 5 <input type="checkbox"/> Ignorado	
		<input type="checkbox"/> Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência da mãe (Rua, praça, avenida, etc) <input type="checkbox"/> Número <input type="checkbox"/> Complemento <input type="checkbox"/> CEP	
		<input type="checkbox"/> Bairro/Distrito <input type="checkbox"/> Código	<input type="checkbox"/> Município da ocorrência <input type="checkbox"/> Código <input type="checkbox"/> UF
III	Mãe	<input type="checkbox"/> Nome da Mãe <input type="checkbox"/> Cartão SUS	
		<input type="checkbox"/> Idade <input type="checkbox"/> Estado Civil <input type="checkbox"/> Escolaridade <input type="checkbox"/> Ocupação habitual e ramo de atividade <input type="checkbox"/> Núm. de filhos vivos em gestações anteriores (incl. filhos de gestações anteriores nascidos vivos e nascidos mortos)	<input type="checkbox"/> Código
		1 <input type="checkbox"/> Solteira 2 <input type="checkbox"/> Casada 3 <input type="checkbox"/> Viúva 4 <input type="checkbox"/> Separada judicialmente/divorciada 5 <input type="checkbox"/> Ignorado	1 <input type="checkbox"/> Nenhuma 2 <input type="checkbox"/> De 1 a 3 3 <input type="checkbox"/> De 4 a 7 4 <input type="checkbox"/> De 8 a 11 5 <input type="checkbox"/> 12 e mais 6 <input type="checkbox"/> Ignorado
		<input type="checkbox"/> Residência da mãe <input type="checkbox"/> Número <input type="checkbox"/> Complemento <input type="checkbox"/> CEP <input type="checkbox"/> Logradouro	
		<input type="checkbox"/> Bairro/Distrito <input type="checkbox"/> Código	<input type="checkbox"/> Município <input type="checkbox"/> Código <input type="checkbox"/> UF
IV	Gestação e Parto	<input type="checkbox"/> Duração da gestação (em semanas) <input type="checkbox"/> Tipo de gravidez <input type="checkbox"/> Tipo de parto <input type="checkbox"/> Número de consultas de pré-natal	
		1 <input type="checkbox"/> Menos de 22 2 <input type="checkbox"/> De 22 a 27 3 <input type="checkbox"/> De 28 a 31 4 <input type="checkbox"/> De 32 a 36 5 <input type="checkbox"/> De 37 a 41 6 <input type="checkbox"/> 42 e mais 7 <input type="checkbox"/> Ignorado	1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais 4 <input type="checkbox"/> Ignorado
		1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 3 <input type="checkbox"/> Ignorado	1 <input type="checkbox"/> Nenhuma 2 <input type="checkbox"/> De 1 a 3 3 <input type="checkbox"/> De 4 a 6 4 <input type="checkbox"/> 7 e mais 5 <input type="checkbox"/> Ignorado
V	Recorço Ancestral	<input type="checkbox"/> Nascimento-Data Hora <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> Índice de Apgar <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	
		<input type="checkbox"/> Raça/cor <input type="checkbox"/> Peso ao nascer <input type="checkbox"/> 1º minuto <input type="checkbox"/> 5º minuto 1 <input type="checkbox"/> Branco 2 <input type="checkbox"/> Preto 3 <input type="checkbox"/> Amarelo 4 <input type="checkbox"/> Pardo 5 <input type="checkbox"/> Indígena 6 <input type="checkbox"/> Ignorado	em gramas
		<input type="checkbox"/> Apresenta alguma malformação congênita ou anomalia cromossômica? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado	
VI	Identificação	<input type="checkbox"/> Polgar direito da mãe <input type="checkbox"/> Pé direito da criança	
VII	Assinatura	<input type="checkbox"/> Responsável pelo preenchimento <input type="checkbox"/> Nome <input type="checkbox"/> Função <input type="checkbox"/> Identidade <input type="checkbox"/> Orgão Emissor <input type="checkbox"/> Data	

ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO
 O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.
 Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.

Versão 12/08 - 1ª impressão 12/2008

ANEXO G – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL DA MORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL E MATERNA NA POPULAÇÃO INDÍGENA DO ESTADO DE PERNAMBUCO.

Pesquisador: Nathalie Mendes Estima

Área Temática: Estudos com populações indígenas;

Versão: 4

CAAE: 37649214.0.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.059.321

Data da Relatoria: 27/05/2015

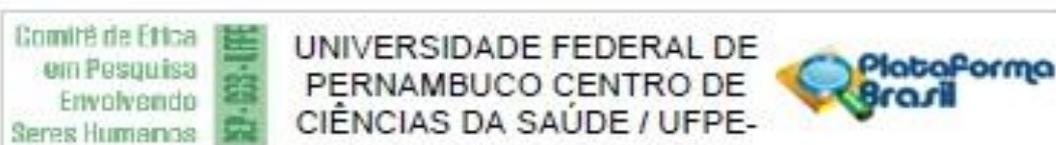
Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa já avaliado e aprovado por este CEP e aprovado com recomendação pela CONEP.

O projeto pesquisa em epígrafe será desenvolvido como dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

A pesquisa tem por objetivo analisar a mortalidade de mulheres em idade fértil e materna da população indígena do DSEI Pernambuco, no período de 2005 a 2012 e será desenvolvida em três etapas. Na primeira etapa serão realizadas visitas técnicas ao Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI Pernambuco, e a alguns de seus polos bases, para a compreensão do funcionamento da unidade gestora do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com foco na vigilância dos óbitos de mulheres em idade fértil e maternas indígenas; no SIASI; no fluxo das informações; nos instrumentos utilizados para a coleta dos dados que alimentam o sistema e na sua operacionalização.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-800
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.059.321

Na segunda etapa será realizada a identificação de todos os óbitos de mulheres indígenas em idade fértil residentes no estado Pernambuco, ocorridos durante o período estudado, a partir de informações obtidas através dos sistemas SIM e SIASI. De posse dessas informações, e excluindo-se as duplicidades que poderá haver após o cruzamento dados, será elaborado um banco de dados, que possibilitará à indígenas em idade fértil.

Na terceira etapa será realizada a identificação dos óbitos maternos indígenas, a partir do banco de dados elaborado na etapa anterior. Para estes casos, serão realizadas entrevistas com a família e/ou com profissionais de saúde (conforme preconiza a portaria 1.119/2008, MS), pela pesquisadora, utilizando-se como referência a Ficha Confidencial de Investigação de Morte Materna, a qual subsidiará a elaboração dos estudos de caso e consequentemente, a compreensão dos fatores relacionados à mortalidade materna no DSEI Pernambuco.

Objetivo da Pesquisa:

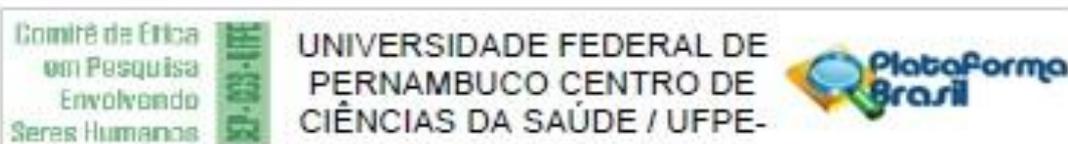
A pesquisa tem por objetivo primário analisar a mortalidade de mulheres em idade fértil e materna da população indígena do DSEI Pernambuco, no período de 2005 a 2012 e, por objetivos secundários:

- 1) Descrever o processo de vigilância dos óbitos de mulheres em idade fértil e maternos do Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco (DSEI).
- 2) Identificar os óbitos de mulheres em idade fértil e maternos registrados no Sistema de Informação da Saúde Indígena (SIASI) e no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).
- 3) Descrever as características sociodemográficas e as circunstâncias do óbito de mulheres indígenas em idade fértil e a história obstétrica dos óbitos maternos.
- 4) Compreender os fatores relacionados à mortalidade materna no DSEI Pernambuco, no que diz respeito ao acesso e a obtenção de cuidado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos durante a realização das entrevistas, a entrevistada poderá se sentir constrangida mediante alguma pergunta. Para minimizar este risco, as entrevistas serão realizadas em um ambiente reservado e a qualquer momento durante a mesma, a entrevistada poderá se expressar quanto a sua vontade em não responder determinados questionamentos. Além disso, a pesquisadora do projeto assume o compromisso de preservar o sigilo e a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão estudados; assegurar que as informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para a execução do projeto em questão; e que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepcos@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.059.321

outras indicações que possam identificar o voluntário da pesquisa. Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas e banco de dados), ficarão armazenados em (pastas de arquivo e computador), sob a responsabilidade da pesquisadora, pelo período de mínimo 5 anos.

Como benefícios o desenvolvimento desta pesquisa permitirá a compreensão do funcionamento da vigilância dos óbitos de mulheres em idade fértil e maternos no DSEI Pernambuco, bem como a identificação destes óbitos e a construção do perfil de mortalidade, cuja literatura é escassa. A partir deste trabalho será possível também contribuir para o conhecimento do perfil epidemiológico dos óbitos maternos da população indígena do estado de Pernambuco, promovendo a visibilidade desse grupo específico da sociedade, podendo desencadear o desenvolvimento de outros estudos e a promoção de políticas públicas voltadas para a melhoria das condições de vida e saúde desta população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa relevante visto que as mulheres em idade reprodutiva correspondem a uma parcela significativa da população geral do país. Logo é importante conhecer as condições de vida dessas mulheres, avaliadas muitas vezes pelos indicadores de morbimortalidade. Entre os óbitos de mulheres em idade fértil estão aqueles cuja causa da morte está relacionada ao ciclo gravídico-puerperal, que são os chamados óbitos maternos. Se os problemas relativos à informação já são uma das dificuldades para a avaliação da mortalidade materna na população geral do país, maiores ainda são as barreiras enfrentadas para tal avaliação em grupos populacionais específicos, como a população indígena. Além disso, a precariedade dos sistemas de informação sobre mortalidade para este segmento da população subestima a verdadeira situação da ocorrência de óbitos em mulheres em idade reprodutiva e maternos. Dessa forma, aliada a escassez de estudos e a não existência de discussões que envolvem a mortalidade de mulheres em idade fértil e materna indígena, torna-se necessária a caracterização desse perfil epidemiológico no estado de Pernambuco. A caracterização do perfil da mortalidade de mulheres em idade fértil e materna no DSEI de Pernambuco promoverá a visibilidade a cerca desse segmento marginalizado da sociedade, desencadeando o interesse para o desenvolvimento de outros estudos. Além disso, espera-se que a partir do conhecimento deste perfil, seja possível a promoção de políticas públicas voltadas para a melhoria das condições de vida e saúde na população estudada, com vistas ao planejamento de ações que visem à redução das causas de óbito evitáveis.

Sobre as recomendações da CONEP a cerca de:

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 1.059.321

1 - consentimento individual uma vez que em comunidades cuja cultura grupal reconheça a autoridade do líder ou do coletivo sobre o indivíduo, a obtenção da autorização para a pesquisa deve respeitar tal particularidade, sem prejuízo desse consentimento, quando possível e desejável. Além disso, quando a legislação brasileira dispuser sobre competência de órgãos governamentais, a exemplo da Fundação Nacional do Índio - FUNAI que deve autorizar a entrada em terra indígena, esta autorização deve ser obtida antes do início da pesquisa. Dessa forma, solicita-se a apresentação da autorização por parte das lideranças indígenas; e da FUNAI ou compromisso de sua obtenção anterior à entrada em campo, caso seja necessária a entrada em terra indígena para realização da pesquisa. Tal autorização foi apresentada.

2 - Detalhamento da terceira etapa da pesquisa esclarecendo como se dará o encontro com os entrevistados, informado no documento "Projeto_Detalhado.docx" na página 24 de 44 no item coleta de dados onde se lê "Na terceira etapa será realizada a identificação dos óbitos maternos indígenas, a partir do banco de dados elaborado na etapa anterior. Para estes casos, serão realizadas entrevistas com a família e/ou com profissionais de saúde (conforme preconiza a portaria 1.119/2008, MS), pela pesquisadora, utilizando-se como referência a Ficha Confidencial de Investigação de Morte Materna, a qual subsidiará a elaboração dos estudos de caso e conseqüentemente, a compreensão dos fatores relacionados à mortalidade materna no DSEI Pernambuco", o mesmo foi esclarecido.

3 - Elaboração de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em linguagem adequada, para ser aplicado aos familiares indígenas, incluindo detalhamento dos procedimentos da pesquisa, tais como: local, momento e tópicos a serem discutidos e da breve descrição do que é o Comitê de Ética em Pesquisa, sua função no estudo e suas formas e horários de atendimento. Ainda, de forma a garantir a integridade, o documento deve apresentar a numeração das páginas. Solicita-se que esta seja inserida de forma a indicar, também, o número total de páginas, como por exemplo: 1 de 2; 2 de 2 etc. foram feitas as adequações solicitada.

4 - Quanto as solicitações da CONEP sobre as adequações do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido referente ao arquivo "TCLE.pdf" sobre as formas de contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, incluindo uma breve descrição do que é o CEP e qual a sua função no estudo, pois diversos participantes de pesquisa desconhecem a existência e as atividades desempenhadas pelo CEP, além de apresentar a numeração das páginas de forma a garantir sua integridade do

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

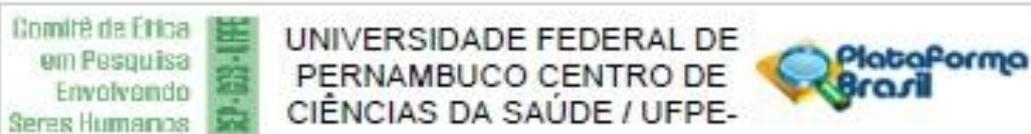
CEP: 50.740-800

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-5555

E-mail: cepcca@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.059.321

documento a mesma foi atendida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de notificação obrigatória foram anexados à Plataforma Brasil.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As recomendações solicitadas pela CONEP foram atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo avaliado pela CONEP e APROVADO . O pesquisador atendeu as recomendações e este CEP autoriza o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do relatório final - pelo pesquisador - ao Comitê de Ética em Pesquisa/UFPE via "Notificações". O CEP, após apreciação desse relatório, emitirá novo Parecer Consubstanciado pelo sistema Plataforma Brasil.

RECIFE, 12 de Maio de 2015

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 55.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepcis@ufpe.br