

# Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis

MATERNAL MORTALITY IN THE STATE OF PARAÍBA-BRAZIL: ASSOCIATION BETWEEN VARIABLES

MORTALIDAD MATERNA EN EL ESTADO DE PARAÍBA-BRASIL: ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES

Ana Cristina da Nóbrega Marinho<sup>1</sup>, Neir Antunes Paes<sup>2</sup>

## RESUMO

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

## DESCRITORES

Mortalidade materna.  
Etnia e saúde.  
Iniquidade social.  
Saúde pública.

## ABSTRACT

Maternal mortality has been established as one of the priority problems of public health, directly affecting women in the pregnant puerperal cycle and belonging to underprivileged social classes. Considering this situation, the aim of the present study was to identify associations between the race of women living in the state of Paraíba and age, educational level and type of death of women who died of maternal death in the period 2000 to 2004. This cross-sectional study used as a source of data declarations of 109 maternal deaths. Bivariate and multivariate statistical analyses were performed to evaluate the association between variables using multiple logistic regression. The odds ratio to investigate the association between variables was calculated. It was observed that there was no statistical significance between race and age variables or with educational level, but there was significant evidence that non-white women from Paraíba were more likely to die from direct obstetric death than white women, (OR = 3.55; IC: 1.20-10.5). The results showed that the risk of maternal mortality in Paraíba was higher among non-white women, revealing an important expression of social inequality.

## KEY WORDS

Maternal mortality.  
Ethnic group and health.  
Social inequity.  
Public health.

## RESUMEN

La mortalidad materna se ha constituido en uno de los problemas prioritarios de la salud pública, afectando directamente a mujeres en el ciclo grávido-puerperal, pertenecientes a las clases sociales menos favorecidas. Ante esta situación, el objetivo de este estudio consistió en identificar asociaciones entre la raza de mujeres residentes en el estado de Paraíba - Brasil y las variables de grupo etario, escolaridad, y tipo de defunción de las mujeres que fallecieron por muerte materna en el período de 2000 a 2004. Se trata de un estudio transversal, en el que se utilizaron como fuente de datos 109 partidas de defunción maternas. Se procedió a un análisis estadístico bivariado y multivariado para evaluar la asociación existente entre las variables a través de la regresión logística múltiple. Se calculó el odds ratio para investigar la asociación entre las variables. Se observó que no hubo significatividad estadística entre las variables raza y edad, así como con escolaridad, pero existieron indicios significativos de que las mujeres no brancas de Paraíba tuvieron mayores posibilidades de fallecer por muerte obstétrica directa (OR=3,55, IC: 1,20-10,5). Los resultados demostraron que el riesgo de mortalidad materna en Paraíba fue mayor entre las mujeres no brancas, dando forma así a una importante expresión de desigualdad social.

## DESCRIPTORES

Mortalidad materna.  
Etnia e salud.  
Inequidad social.  
Salud pública.

<sup>1</sup>Professora do Departamento de Fisioterapia do Centro Universitário de João Pessoa. João Pessoa, PB, Brasil. [anacrn@hotmail.com](mailto:anacrn@hotmail.com) <sup>2</sup>Professor Associado do Departamento de Estatística da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. [antunes@de.ufpb.br](mailto:antunes@de.ufpb.br)

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (1975) definiu a morte materna como

a morte de uma mulher durante a gestação, ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com a gravidez ou agravada pela mesma, ou a medidas tomadas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais<sup>(1)</sup>.

Em 1995, por meio da 10ª Revisão do Código Internacional de Doenças (CID) (1994)<sup>(2)</sup>, a OMS introduziu o conceito de morte materna tardia como sendo *a morte de uma mulher por causas obstétricas diretas ou indiretas ocorridas entre 42 dias até um ano depois do término da gravidez*, levando em consideração que mesmo dentro de um mesmo padrão social, nem todas as mulheres estão expostas a riscos semelhantes: algumas apresentam maior probabilidade de morrer ou sofrer agravos do que outras. Diversos fatores biológicos e relacionados ao estilo de vida aumentam as chances de que sobrevenham complicações que possam colocar em risco a vida da mulher<sup>(3)</sup>.

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

A mortalidade materna também é considerada um importante indicador da realidade social de um país, e é correto, portanto, afirmar que as condições pelas quais as mulheres morrem espelham o nível do desenvolvimento humano da população, porquanto um alto grau de mortalidade materna é indicativo de precárias condições socioeconômicas, que culminam com dificuldades de acesso aos serviços de saúde<sup>(5)</sup>. Neste contexto de valoração dos papéis da mulher como ser social, a morte materna torna-se ainda mais significativa em termos dos problemas gerados na família, tanto na esfera emocional - revelada pelo choque, desespero, surpresa, incerteza, não aceitação, medo do futuro; quanto na esfera social - quando a família se depara com o conflito de relações, com a falta de sustentação

na transmissão de regras morais e sociais e com o desequilíbrio na condição econômica da família.

Juntamente com as questões socioeconômicas e demográficas emerge a questão racial, com uma análise difícil de ser realizada decorrente da conceituação e classificação de raça/etnia, onde várias tendências se colocam: por cor, por ascendência, por estrato social e - há até quem acredite que não deva existir classificação, - mas, certamente, quaisquer que sejam os dados, parecem evidenciar que as minorias étnicas têm menos acesso à educação, possuem status social e econômico mais baixo, vivem em piores condições de vida e de moradia e, no que se refere à saúde reprodutiva, têm menos acesso aos métodos contraceptivos e apresentam maiores chances de engravidar, ainda que não o desejem. Por essas e outras razões, não é mera coincidência o fato de que nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, concentra-se a maioria das mortes de mulheres negras em decorrência de problemas na gravidez, parto, puerpério, e também a maioria das mortes maternas<sup>(6)</sup>.

Alguns estudos<sup>(7-8)</sup> também deixam claro que em algumas regiões, como o estado da Paraíba, marcado pela escassez nos recursos referentes à área de saúde, os números de mortalidade materna são preocupantes, e grande parte deles ocorre nas classes desfavorecidas.

Com base nestas considerações, é importante ressaltar que a intervenção da enfermagem voltada para área obstétrica se baseia no cuidado à mulher, principalmente durante o ciclo gravídico puerperal, de forma que esta prática também esteja relacionada à diminuição de ocorrência de óbitos maternos. Este cuidado existe desde épocas remotas, mas estudos deixam claro que, em algumas localidades do Brasil, principalmente

no estado da Paraíba, região marcada por escassez nos recursos referentes a área de saúde, os números continuam alarmantes e grande parte dos óbitos maternos ocorre nas classes desfavorecidas e, em sua maioria, são considerados evitáveis.

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

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

## MÉTODO

Este trabalho se constitui em um estudo transversal, onde foram levantadas 116 declarações de óbitos maternos de mulheres residentes no Estado da Paraíba, no período de 2000 a 2004. Mas, para este estudo, só foram disponibilizadas 109, tendo em vista a falta de informações completas nas DO's para 7 delas. A delimitação destes anos se deu devido ao fato de serem os mais recentes disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde, Sistema de Informação de Mortalidade – SIM em 2004<sup>(9)</sup> e Sistema Nacional de Informações de Nascidos Vivos - SINASC, 2004<sup>(10)</sup> na ocasião da coleta dos dados para a pesquisa. Os dados referentes aos óbitos maternos foram coletados por meio de um formulário na Divisão de Informática da Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Paraíba.

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

Grupo etário: O grupo etário foi categorizado em: =19 anos, entre 20-34 anos, onde se concentra o maior contingente de mulheres expostas ao risco de morte materna por ser considerado o período de maior fecundidade e =35 anos, período que corresponde ao grupo etário de maior risco obstétrico, podendo determinar alterações negativas sobre a mortalidade materna<sup>(11)</sup>.

Escolaridade: variável categórica, policotômica, observada em anos de estudos concluídos, classificada segundo as informações constantes na DO que são: Nenhuma, de 1 a 3 anos, de 4 a 7 anos, de 8 a 11 anos, de 12 e mais e ignorado. Para facilitar a análise estatística optou-se por categorizar esta variável em < 8 anos e = 8 anos.

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

Tipo de óbito materno: A determinação do tipo de óbito foi realizada considerando-se a Classificação Internacio-

nal de Doenças (10ª revisão)<sup>(2)</sup>. A Razão de mortalidade materna (RMM), foi calculado a partir dos dados do número de nascidos vivos referentes a cada ano estudado para toda o estado da Paraíba (disponibilizados pela secretaria de saúde), obedecendo-se à fórmula padrão:

$$RMM = \frac{\text{óbitos por causas maternas}}{\text{nº de nascidos vivos no período}} \times 100.000$$

Todos os dados foram digitados em arquivo específico criado no programa Epi-Info 2000 para Windows, gerando-se assim um banco de dados que foi posteriormente utilizado para análise estatística através da versão do Programa SPSS. Para as análises estatísticas fez-se uso do Teste Qui-Quadrado e do Oddis Ratio.

As associações feitas com as variáveis foram obtidas a partir dos dados originais, os quais estão obviamente subestimados. Admite-se, no entanto, que estes dados preservem um potencial de representação das verdadeiras relações entre a mortalidade materna e as variáveis de estudo, mantendo, assim, as características e poder das associações verdadeiras.

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

## RESULTADOS

De acordo com os dados pesquisados (Tabela 1), foram identificados 109 óbitos maternos no período de 2000 a 2004 pela SES enquanto que o SIM identificou 116. Esta discrepância foi devida aos anos 2000 e 2002, com uma melhor captação do SIM, particularmente para o ano 2000. O SINASC também captou mais nascidos vivos em todos os anos da série, com uma vantagem de mais de 7.000 n.v no período. O efeito compensador das divergentes captações nos dois sistemas produziu Razão de Mortalidade Materna observadas aproximadas, exceto para os dados da SES em 2000. Quando corrigidos, a RMM no período ficou em torno de 59/100.000n.v e 62/100.000n.v respectivamente, para as fontes da SES, SIM e SINASC. A tendência da RMM mostra um aumento entre 2001 e 2003 para, em seguida, cair em 2004. Uma possível explicação para o aumento, foi devido à melhor investigação por parte do comitê de mortalidade materna.

**Tabela 1** - Número de óbitos maternos e nascidos vivos e razão de mortalidade materna segundo fonte de dados e anos - Estado da Paraíba - 2000/2004

Ano	Número				Razão de mortalidade (p/100.000nv) p/materna*			
	Óbitos		Nascidos Vivos		Observado		Corrigido*	
	SES	SIM	SES	SINASC	SES	SIM/SINASC	SES	SIM/SINASC
2000	14	20	56045	57427	24,9	34,8	41,6	58,1
2001	18	18	63400	64957	28,4	27,7	47,4	46,2
2002	25	26	62499	64006	40,0	40,6	66,8	67,8
2003	31	31	62680	64115	49,5	48,3	82,6	80,6
2004	21	21	60657	62200	34,6	33,7	57,7	56,3
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>116</b>	<b>305281</b>	<b>312705</b>	<b>35,7</b>	<b>37,1</b>	<b>59,2</b>	<b>61,9</b>

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba, 2004 - \*A RMM foi corrigida<sup>(12)</sup> pelo fator 1,67

Na Tabela 2, observou-se que das 72 mortes em mulheres não brancas, a maioria delas, 44 (61,1%) foram de mulheres na faixa etária entre 20-34 anos, as quais representaram duas vezes mais em relação às brancas (21 mulheres) caracterizando-se como um diferencial importante. Com um valor calculado (Tabela 3), resultante da aplicação do Teste Qui Quadrado,  $\chi^2_{cal} = 0,61$ , evidenciou-se a não existência de uma associação significativa ( $\alpha=5\%$ ) entre a raça e a idade materna (expressa por faixa etária), ou seja,

não houve evidência estatística de que a mulher paraibana não branca estivesse mais sujeita a morrer na faixa etária dos 20-34 anos de idade do que as brancas. A análise realizada por meio da regressão logística múltipla 1,22 (IC 95% 0,35-4,18; p-valor 0,75) também apontou não haver significância. Este resultado sugere que a idade não atuou como uma variável de confundimento, dispensando suas estratificações ao se estudar a relação da raça com outras variáveis deste estudo.

**Tabela 2** - Número e porcentagem de óbitos maternos por tipo de raça/cor segundo grupo etário, escolaridade e tipo de óbito - Estado da Paraíba - 2000/2004

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

Fonte: Secretaria estadual de Saúde da Paraíba, 2004.

**Tabela 3** - Odds ratio, intervalo de confiança, qui-quadrado e significância não ajustados e ajustados pela regressão logística, segundo variáveis sociodemográficas de mulheres residentes no Estado da Paraíba - 2000/2004

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

Fonte: Secretaria estadual de Saúde da Paraíba, 2004. - \*Significativo p<0,05

Com relação à escolaridade, pode-se constatar na Tabela 2 que 75% das mulheres não brancas tinham uma escolaridade inferior a 8 anos de estudo. Com uma evidente maioria de mulheres não brancas com baixa escolaridade, aplicou-se o teste de independência (Tabela 3), encontrando-se um valor do  $\chi^2_{cal} = 0,93$ , o qual indicou não haver significância entre raça e escolaridade. Por sua vez a re-

gressão logística múltipla com um odds ratio de 1,55 (IC 95% 0,55-4,39; p-valor 0,41) também evidenciou não haver uma associação estatística nesta relação na presença das demais variáveis.

A Tabela 2 mostra que das 65 mulheres não brancas que foram a óbito, 90,2% foi por morte obstétrica direta,

enquanto que das 10 brancas que morreram, o percentual foi de 72,9% sugerindo certo diferencial. Com uma evidente maioria de mulheres não brancas que foram à óbito por morte obstétrica direta, aplicou-se o teste de independência (Tabela 3) com um valor do  $\chi^2_{cal} = 5,25$ , evidenciando que houve uma associação significativa entre raça e tipo de óbito. O valor do odds ratio não ajustado encontrado (OR=3,55;1,20-10,5) reforça, assim, os indícios de que as mulheres mais sujeitas à óbito por causa obstétrica direta foram àquelas não brancas com uma chance 3,5 maior em comparação às brancas. A regressão logística múltipla revelou um odds ratio de 2,09 (IC 95% 1,008-4,31;p-valor 0,04) evidenciando haver significância entre raça e tipo de óbito.

## DISCUSSÃO

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) calculada para o período de 2000 a 2004 do Estado da Paraíba, tanto a observada (35,7 p/100.000 n.v.) como a corrigida (59,2 p/100.000 n.v.), é considerada muito elevada e além do tolerado pela ONU que admite entre 10 e 20 mortes por 100.000 n.v.<sup>(13)</sup>.

Segundo os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, referentes ao primeiro semestre do ano de 2002, a RMM a partir dos dados originais para as capitais brasileiras, que era de 38,9 por 100.000 nascidos vivos, com os dados corrigidos, passou para 54,3 por 100.000 nascidos vivos<sup>(14)</sup>. Os dados do SIM, não corrigidos, mostram um declínio da mortalidade materna no Brasil, bem como em vários Estados, como no de São Paulo. No Estado do Paraná, com dados corrigidos, foi possível verificar que a mortalidade materna declinou de 105 para 57 por 100.000 NV de 1990 para 2002, isto é, 46%. Com os dados não corrigidos a mortalidade materna declinou de 69,7 para 33,4 por 100.000 NV, isto é, 52%<sup>(15)</sup>.

Comparativamente às RMM de outros Estados que situam-se entre 42 e 75/100.000 NV, a mortalidade materna no Nordeste foi de 73,2 e a RMM encontrada na Paraíba (59,2) foi superior a 50/100.000 NV. Estes dados sofreram variação em um ritmo crescente entre 24,9 e 49,5 p/100.000 n.v de 2000 a 2003. Em 2004 houve uma quebra nesta tendência, passando para 34,6 p/100.000 n.v. Os coeficientes corrigidos seguiram evidentemente este mesmo comportamento.

Segundo o censo de 2000, o Brasil possuía uma população de 170 milhões de habitantes, dos quais 36 milhões era composta de mulheres pretas brasileiras, e viviam, na sua maioria, na zona urbana<sup>(16)</sup>. Conforme o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a população feminina no Brasil corresponde a 51% da população e as mulheres negras representam 30% da população feminina. De acordo com os dados mais recentes do IBGE<sup>(16)</sup>, o Brasil apresentou taxa média de crescimento da população de cor branca de 2,12%, da preta de 4,17% e da parda de 0,53%.

Sabe-se que, por ser o Brasil um país caracterizado por grande miscigenação racial<sup>(17)</sup>, é possível que muitas das pessoas que foram identificadas como brancas, pelo pro-

fissional que preencheu os dados nos prontuários dos estudos relacionados à morte materna, apresentem características raciais mais marcantes de outras raças. É possível que a delimitação racial tenha dificultado uma associação significativa entre a raça e a idade no estudo, os quais poderiam justificar a obtenção de um resultado diferente do observado na literatura<sup>(3)</sup>.

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

Segundo o Censo do IBGE<sup>(16)</sup>, a população da Paraíba era de 3,4 milhões de habitantes em 2000, dos quais 29,7% eram de analfabetos com idade maior de 15 anos. No Nordeste este índice chegava a 26,3% e no Brasil a 13,6%. O analfabetismo continua latente, longe de ser erradicado e, certamente esta situação não traz implicações apenas para as oportunidades de trabalho, emprego e renda, mas também para o setor saúde, afetando de forma assustadora mulheres no auge da vida reprodutiva.

Na averiguação da associação entre a raça e escolaridade, os resultados por meio dos testes estatísticos apontaram que não houve associação significativa entre raça e escolaridade, mas foi observado que as mulheres com baixa escolaridade não brancas tiveram um risco de morrer 1,55 vezes maior do que as brancas. Em muitas pesquisas, a variável escolaridade não é valorizada no momento do preenchimento da declaração de óbito materno. Diversos estudos<sup>(18-19)</sup> vêm evidenciando riscos inversamente proporcionais com a quantidade de anos de estudos, visto que a maioria das negras encontra-se com uma taxa de analfabetismo que é o dobro das brancas e que as primeiras, por apresentarem menor grau de escolaridades, muitas vezes não põem em prática as informações repassadas pela classe médica no pré-natal e puerpério. Também é importante ressaltar que, quanto menos estudo, menor é o acesso à informação e menos conhecimentos sobre hábitos de saúde, principalmente no que diz respeito à saúde reprodutiva.

Nesta pesquisa os resultados apontaram haver associação entre raça e tipo de óbito. Outros estudos<sup>(20-21)</sup> também indicam que a morte materna do tipo obstétrica direta é mais freqüente em mulheres negras. Os argumentos são de que as causas de morte materna estão relacionadas à predisposição biológica das negras para doenças como a hipertensão/pré-eclâmpsia, fatores relacionados à dificuldade de acesso, à baixa qualidade no atendimento recebido e à falta de ações e capacitação de profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres negras estão sujeitas.

Em uma pesquisa realizada, observou-se que as mortes obstétricas diretas, principalmente relacionadas às síndromes hipertensivas chegam a ser responsáveis por aproximadamente um quarto das mortes maternas no Brasil, o que indica problemas na qualidade assistencial ou falta de pré-natal<sup>[22]</sup>. Além dos problemas ligados à qualidade da atenção à saúde, estudo realizado no Estado do Paraná sobre a mortalidade materna entre mulheres negras (pretas mais pardas), comparando-as com as de outras raças, mostrou que a hipertensão é um fator de risco de morte materna maior em mulheres pretas e em mulheres da raça amarela.

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

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa também mostraram, por meio do teste de independência, que não houve evidência estatística de que a mulher paraibana não branca estivesse mais sujeita a morrer na faixa etária dos 20-34 anos de idade do que as brancas, bem como em relação a escolaridade, mas com relação a causa obstétrica direta os resultados evidenciaram que houve uma associação significativa

entre estas variáveis. Para reforçar a associação foi realizado o odds ratio, onde o valor encontrado confirma que as mulheres não brancas tiveram uma chance 3,55 vezes maior de ir a óbito por morte materna direta em comparação às brancas.

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

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

## REFERÊNCIAS

1. Armstrong S, Royston E. Preventing maternal deaths. Genebra: WHO; 1989.
2. Organização Mundial de Saúde (OMS). Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10). 10ª revisão. São Paulo: EDUSP; 1994.
3. Gomes FA, Nakano MAS, Almeida AM, Matuo YK. Mortalidade materna na perspectiva do familiar. Rev Esc Enferm USP. 2006;40(1):50-6.
4. Costa AAR, Ribas MSSS, Amorim MMR, Santos LC. Mortalidade materna na cidade do Recife. Rev Bras Ginecol Obstet. 2002;24(7):455-62.
5. Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. Saúde reprodutiva e direitos humanos: integrando medicina, ética e direito. Rio de Janeiro: Cepia/Oxford; 2004.
6. Martins AL. Diferenciais raciais nos perfis e indicadores de mortalidade materna para o Brasil. In: Anais do 14º Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2004 set. 20-24; Caxambu, BR. Caxambu: ABEP; 2004. p. 424.
7. Martins AL. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. Cad Saúde Pública. 2006;22(11):2473-9.
8. Paraíba. Secretaria Estadual da Saúde. Coordenação de Vigilância Epidemiológica. Sistemas de Informações sobre Mortalidade. RMM no Estado no ano de 1999-2002. João Pessoa; 2003.
9. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade [CD-ROM]. Brasília; 2005.
10. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Indicadores Básicos de Saúde [texto na Internet]. Brasília; 2004. [citado 2004 nov. 12]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
11. Araujo BF, Tanaka ACA. Fatores de risco associados ao nascimento de recém-nascidos de muito baixo peso em uma população de baixa renda. Cad Saúde Pública. 2007;23(12):2869-77.
12. Laurenti R, Mello-Jorge MHP, Gotlieb SLD. Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna. Brasília: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/Universidade de São Paulo; 2002.

- 
13. Theme-Filha MM, Silva RI, Noronha CP. Mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro, 1993-1996. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(2):397-403.
  14. Curitiba. Centro de Informação e Diagnóstico de Saúde. Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna. Estudo de casos de óbitos maternos, 2002, Paraná. Curitiba; 2003.
  15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual dos comitês de mortalidade materna. 2ª ed. Brasília; 2002.
  16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico (Brasil e Estados): XI recenseamento geral do Brasil. Rio de Janeiro; 2000.
  17. Vesentini JW. Sociedade e espaço. São Paulo: Ática; 1996.
  18. Haidar FH, Oliveira UF, Nascimento LFC. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(4):1025-9.
  19. Oba MDV, Tavares MSG. Análise da mortalidade materna do município de Ribeirão Preto-SP - no período de 1991 a 1995. *Rev Lat Am Enferm*. 2001;9(3):70-6.
  20. Batista LE. Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte [tese]. Araraquara: Programa de Pós-Graduação da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"; 2002.
  21. Ribas MSSS. Fatores prognósticos para óbito materno por pré-eclâmpsia/eclâmpsia na cidade do Recife: estudo de caso controle [dissertação]. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco; 2003.
  22. Martins AL, Tanaka ACD. Mulheres negras e mortalidade no Estado do Paraná, Brasil, de 1993 a 1998. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2000;10(1):27-38.