

# Mortes maternas e de mulheres em idade reprodutiva na população indígena, Pernambuco, 2006-2012\*

doi: 10.5123/S1679-49742019000200010

Maternal deaths and deaths of women of childbearing age in the indigenous population, Pernambuco, Brazil, 2006-2012

Muertes maternas y de mujeres en edad reproductiva, en la población indígena, Pernambuco, Brasil, 2006-2012

Nathalie Mendes Estima<sup>1</sup> –  [orcid.org/0000-0002-9520-4502](https://orcid.org/0000-0002-9520-4502)

Sandra Valongueiro Alves<sup>1</sup> –  [orcid.org/0000-0001-8532-5346](https://orcid.org/0000-0001-8532-5346)

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Recife, PE, Brasil

## Resumo

**Objetivo:** descrever as mortes de mulheres em idade reprodutiva e materna entre indígenas do estado de Pernambuco, Brasil, no período de 2006 a 2012. **Métodos:** trata-se de um estudo descritivo, realizado a partir de *linkage* entre o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e seu módulo de investigação (SIM-Web); as causas de morte foram consideradas de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10). **Resultados:** obteve-se um banco de dados composto por 115 registros, dos quais apenas 58,3% foram informados no SIM como indígenas; as principais causas de óbito foram doenças do aparelho circulatório (27,0%), causas externas (14,8%), neoplasias (13,0%) e causas maternas (8,7%). **Conclusão:** houve sub-registro das mortes de mulheres indígenas em idade reprodutiva; as doenças do aparelho circulatório foram as principais causas desses óbitos, embora as mortes maternas ainda representem importante causa de óbito na população estudada.

**Palavras-chave:** Morte Materna; Saúde da Mulher; População Indígena; Sistemas de Informação.

\*Artigo derivado de dissertação de mestrado intitulada 'Mortalidade de mulheres em idade fértil e materna na população indígena do estado de Pernambuco', defendida por Nathalie Mendes Estima junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco em 2015.

## Endereço para correspondência:

**Nathalie Mendes Estima** – Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Av. Prof. Moraes Rego, nº 1235, Cidade Universitária, Recife, PE, Brasil. CEP: 50670-901  
E-mail: thalie\_estima@hotmail.com



## Introdução

Nas últimas décadas, a situação dos povos indígenas no Brasil vem passando por transformações em seu ritmo de crescimento, o qual tem se mostrado superior ao das médias nacionais. A população indígena encontra-se espalhada por áreas urbanas e rurais, e apresenta características socioculturais, históricas, políticas e econômicas diferenciadas. Aos poucos sua dinâmica demográfica vem sendo conhecida, embora os dados disponíveis sejam insuficientes para a construção de um perfil epidemiológico.<sup>1,2</sup>

*A informação sobre mortalidade indígena é mais incompleta quando comparada à da população geral, dada a baixa qualidade dos sistemas de informações, a ausência de inquéritos regulares e a exiguidade de investigações.*

A gestão da saúde dos povos indígenas, até o final da década de 1990, era disputada entre a Fundação Nacional do Índio (Funai) e a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), quando o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena foi instituído por meio da Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999 (Lei Arouca), com o objetivo de funcionar em articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, a referência estratégica de ação do SUS, descentralizada, hierarquizada e regionalizada, deve garantir às populações indígenas acesso aos serviços de saúde levando em consideração a realidade local e suas especificidades culturais. Desde 1999, a atenção à saúde dos povos indígenas dispõe, como modelo de assistência, de sistemas locais de saúde: os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).<sup>3</sup>

No país, há 34 DSEI ativos, estrategicamente localizados segundo a distribuição geográfica das comunidades indígenas.<sup>4,5</sup> O DSEI Pernambuco abrange 15 municípios, onde se distribuem as seguintes etnias: Atikum, Funil-ô, Kambiwá, Kapinawá, Pankará, Pankararu, Pipipan, Truká, Tuxá e Xukuru.<sup>5</sup>

A despeito dos esforços do Ministério da Saúde para operacionalizar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, a atenção à saúde da mulher indígena enfrenta problemas relacionados à oferta de serviços de atenção básica, como assistência pré-natal e prevenção de doenças. Soma-se a isso a precariedade

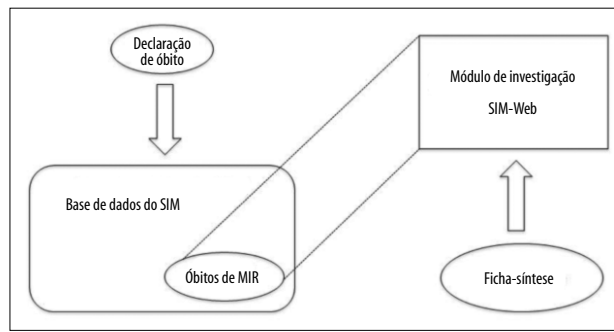
de informações epidemiológicas que subsidiem a avaliação da situação e o planejamento de ações de saúde voltadas a essas mulheres.<sup>6</sup>

Em 2012, no Brasil, 16,0% dos óbitos femininos ocorreram na idade de 10 a 49 anos, classificados como mortes de mulheres em idade reprodutiva (MIR).<sup>7</sup> Quando a causa da morte está relacionada ao período gravídico-puerperal, esses óbitos – possíveis de evitar em 92,0% dos casos – são definidos como mortes maternas e caracterizados como violação aos direitos humanos;<sup>8</sup> 99,0% deles ocorrem em regiões de maior pobreza e/ou maiores níveis de desigualdades, razão por que os indicadores de mortalidade materna são importantes para avaliar as condições de vida e de saúde de uma população.<sup>8</sup>

A cobertura do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) no país, estimada em até 93,0%, é considerada adequada pelo Ministério da Saúde,<sup>9</sup> cujo documento-padrão responsável por coletar informações sobre mortalidade é a Declaração de Óbito (DO).<sup>10</sup> Apesar da cobertura satisfatória do SIM, estima-se que as mortes maternas sejam subinformadas, a uma proporção de até 20%.<sup>11</sup> A vigilância dos óbitos de MIR e maternos, regulamentada pela Portaria GM/MS nº 1.119, de 5 de junho de 2008, estabelece a investigação obrigatória desses eventos, independentemente da *causa mortis*. O monitoramento das investigações e discussões sobre o tema passou a ser feito utilizando-se o módulo de investigação do SIM: SIM-Web (Figura 1).<sup>12</sup>

A informação sobre mortalidade indígena é mais incompleta quando comparada à da população geral, dada a baixa qualidade dos sistemas de informações, a ausência de inquéritos regulares e a exiguidade de investigações.<sup>13</sup> De acordo com a Funasa, não se dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação da saúde indígena no Brasil. Mesmo incompletos, os números acenam para coeficientes de morbimortalidade em indígenas até quatro vezes superiores aos identificados no restante da população. A elevada frequência de óbitos não registrados e sem causa básica definida corrobora a baixa cobertura e resolutividade dos serviços disponíveis.<sup>1,14</sup>

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 Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Estruturado em oito módulos (demografia;



Legenda:  
SIM: Sistema de Informações sobre Mortalidade.  
MIR: mulheres em idade reprodutiva.

**Figura 1 – Esquema de funcionamento do módulo de investigação SIM-Web**

morbidade; imunização; saúde bucal; nutrição; acompanhamento à gestação; recursos humanos; infraestrutura e saneamento), o SIASI foi simultaneamente descentralizado aos DSEI a partir do ano 2000.<sup>15,16</sup>

As informações contidas no SIASI deveriam subsidiar a construção de indicadores que permitissem a análise da situação de saúde desses povos. Entretanto, dificuldades em sua operacionalização fizeram com que o sistema não suprisse as equipes de saúde com informações consistentes sobre as necessidades e peculiaridades da população indígena, dificultando a construção de indicadores de saúde fidedignos e a tomada de decisões pelos gestores da Saúde.<sup>15,17</sup>

O SIASI não dispõe de variáveis importantes para se proceder a análises epidemiológicas de qualidade, o que compromete a avaliação da situação de saúde da população a seu cuidado. Outrossim, o sistema funciona de forma paralela aos sistemas de informações oficiais do Ministério da Saúde, inclusive o SIM. Este obtém os dados de óbitos indígenas por meio da variável raça/cor da pele, presente na DO, evidenciando a falta de articulação entre ambos os sistemas.<sup>17</sup>

A variável raça/cor da pele passou a fazer parte das estatísticas de mortalidade em 1996, aproximadamente dez anos passados da implantação do SIM. Entretanto, apenas no ano 2000, quando apresentou melhoria na qualidade do registro, o ministério passou a utilizá-la na construção de indicadores que possibilitam a análise do risco de morte via recorte étnico-racial.<sup>18</sup>

Este estudo teve por objetivo descrever as mortes de mulheres em idade reprodutiva – MIR – e maternas entre indígenas do estado de Pernambuco, Brasil, no período de 2006 a 2012.

## Métodos

Trata-se de um estudo descritivo das mortes de MIR e maternas da população indígena residente no estado de Pernambuco.

Segundo o Censo de 2010, Pernambuco apresentava naquele ano uma população de 8.796.448 habitantes e era o 4º estado com maior população indígena autodeclarada (53.284 pessoas), sendo Pesqueira o 7º município com maior contingente populacional, e a capital Recife, a 10ª cidade a domiciliar maior número de indígenas em área urbana.<sup>19</sup>

A população do estudo, obtida por meio de dados secundários, constitui-se dos óbitos de MIR ocorridos entre 2006 e 2012, notificados ao SIM, em que o campo 17 da DO (variável raça/cor da pele) foi preenchido como 'indígena'. Também foram incluídos os óbitos subinformados quanto ao quesito raça/cor da pele no SIM, ou seja, aqueles que não tiveram o campo 17 preenchido como 'indígena'; estes foram objeto de investigação pelo DSEI e qualificados pelo SIM-Web como óbitos de mulheres indígenas aldeadas.

O DSEI corresponde a uma unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Sua missão consiste no desenvolvimento de atividades técnicas, administrativas e gerenciais voltadas para a assistência à saúde de uma população específica, com características étnico-culturais e geográficas particulares, em um espaço geográfico precisamente delimitado. É de responsabilidade do DSEI a assistência básica de saúde à população indígena aldeada, por meio das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde

(AIS), semelhante à equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF). O funcionamento do DSEI deve ser integrado e hierarquizado conforme os níveis de complexidade da atenção à saúde, em articulação com o SUS.<sup>4,2</sup>

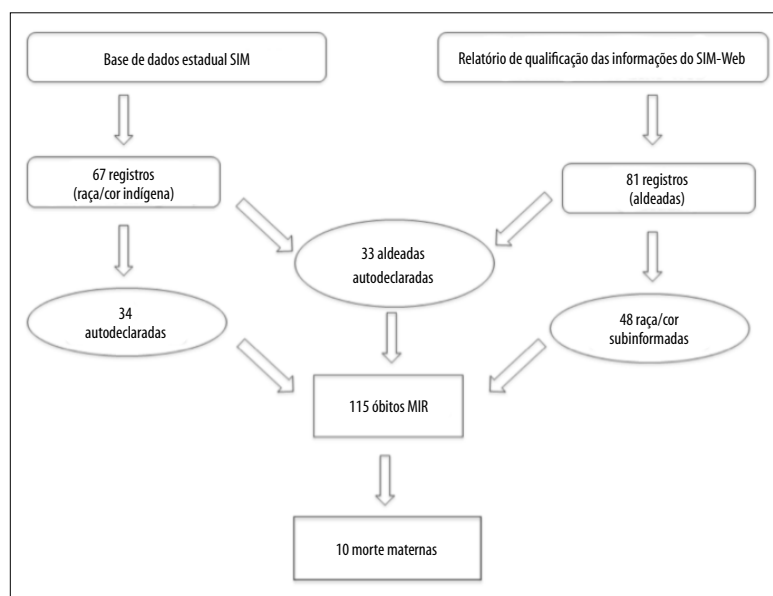
Em Pernambuco, o DSEI está organizado em 12 polos-base, encarregados de administrar uma população de 49.454 indígenas aldeados, distribuídos em 245 aldeias.<sup>20</sup> O DSEI abrange 15 municípios e conta com uma Casa de Apoio à Saúde do Índio (CASAI) localizada em Camaragibe, além de dois polos avançados (Salgueiro e Caruaru). Recife, Petrolina, Serra Talhada, Arcoverde e Vitória de Santo Antão constituem referências para atendimentos de maior complexidade.

Disponibilizado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), o SIM-Web atende ao DSEI Pernambuco desde 2014; ele permite a qualificação das informações dos óbitos de MIR e maternos da população sob responsabilidade sanitária do DSEI. Por meio do SIM-Web, é possível complementar dados referentes ao quesito raça/cor da pele e agregar outras informações não contempladas na DO. As informações agregadas após a investigação e qualificação desses dados ficam restritas ao SIM-Web, não sendo repassadas à base de dados do SIM, que permanece subinformada.

A população final do estudo foi obtida mediante *linkage* entre os registros notificados no SIM e seu

módulo SIM-Web. A técnica de *linkage* consiste no emparelhamento de bancos de dados, pautado em uma variável comum, possibilitando o estabelecimento de um banco de dados único.<sup>21</sup> Neste estudo, utilizou-se como variável comum o número da DO, a partir do qual a base de dados estadual do SIM, contendo os registros dos óbitos de MIR com o campo 17 da DO preenchido como 'indígena', foi pareada à base de dados dos óbitos de MIR qualificados no SIM-Web pelo DSEI. Construiu-se um banco de dados único, contendo 115 registros de óbitos de MIR, conforme as etapas descritas a seguir (Figura 2):

- A partir da base de dados estadual do SIM, foram identificados 67 registros de óbitos de MIR com o campo 17 da DO preenchido como 'indígena'.
- Paralelamente, dos dados qualificados no SIM-Web pelo DSEI, foram obtidos 81 registros de óbitos de MIR entre mulheres aldeadas.
- Estes 81 registros resultantes do relatório do SIM-Web também foram identificados na base de dados estadual do SIM.
- Identificou-se que 33 registros eram comuns a ambos os bancos de dados, ou seja, com o campo 17 da DO preenchido como 'indígena' e qualificado no SIM-Web pelo DSEI. Tratava-se de mulheres autodeclaradas indígenas aldeadas, sob a responsabilidade sanitária do DSEI.



Legenda:  
SIM: Sistema de Informações sobre Mortalidade.

**Figura 2 – Fluxograma de elaboração do banco de dados de mulheres em idade reprodutiva (MIR)**

e) 48 registros do relatório do SIM-Web apresentavam o campo raça/cor da pele subinformado no SIM, ou seja, o campo 17 da DO não fora preenchido ou se encontrava preenchido de forma incorreta. Entre os registros do SIM, 34 eram óbitos de MIR que não estavam sob responsabilidade sanitária do DSEI, embora fossem de mulheres autodeclaradas como de raça/cor da pele indígena (não aldeadas).

Considerando-se os dois bancos de dados, foram identificadas dez mortes maternas.

Para compatibilizar os bancos de dados, utilizou-se o *software* Microsoft Office Excel 2007.

As causas de óbito foram analisadas conforme o referencial de causa básica da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10). Para fins didáticos, o grupo ‘demais causas’ agregou os capítulos III, V, VI, XI, XIII, XIV e XVII da CID-10, cujas frequências absolutas não ultrapassaram três óbitos durante o período estudado.

O projeto da pesquisa 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) – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 37649214.0.0000.5208 –, em cumprimento à Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012. O projeto também foi apresentado e aprovado em reunião do Conselho Distrital de Saúde Indígena de Pernambuco (CONDISI).

## Resultados

Entre os 115 óbitos de MIR de raça/cor da pele indígena, 70,4% representaram a população de mulheres aldeadas. Apenas 58,3% dos óbitos foram informados ao SIM como sendo de indígenas. O *linkage* agregou ao banco de dados do estudo 41,7% de óbitos não informados inicialmente como raça/cor da pele indígena. Em 27,8% dos casos, a inconsistência se apresentou no registro da variável raça/cor da pele parda, em detrimento da indígena (Tabela 1).

Analisada a distribuição dos óbitos por faixa etária, observou-se que 41,8% deles se encontravam entre 40 e 49 anos. Os estratos intermediários, de 20 a 29 e 30 a 39 anos, apresentaram-se com

proporções aproximadas de 20,0% e 25,2% respectivamente. A faixa etária mais jovem, dos 10 aos 19 anos, revelou a menor proporção de óbitos: 13,0% (Tabela 1).

A baixa escolaridade da população ficou evidente, com 23,5% das mulheres sem nenhuma escolaridade e sem registros para a categoria ‘mais de 12 anos de escolaridade’. Pequena maioria trabalhava em atividades relacionadas à agricultura (53,1%) e 11,3% eram donas de casa. Quanto à situação conjugal, 52,2% eram solteiras e 38,3% casadas (Tabela 1).

A maior parte dos óbitos ocorreu em unidades hospitalares (54,8%), seguidas do domicílio (33,9%). Em 45,2% dos casos, houve deslocamento do município de residência na ocasião do óbito. Recife absorveu o fluxo mais intenso de óbitos (44,2%), seguido por Petrolina (11,5%), Salgueiro (9,6%) e Caruaru (7,7%) (Figura 3).

Doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX da CID-10: códigos I00 a I99) configuraram-se como principal causa básica de óbito (27,0%). O grupo que concentrou a segunda maior proporção de óbitos (14,8%) foi o de causas externas (Cap. XX: V01-Y98). As neoplasias (Cap. II: C00-D48) representaram 13,0% dos óbitos, seguidas das causas maternas, complicações durante a gravidez, parto e puerpério (Cap. XV: O00-O99), concentrando 8,7% dos óbitos.

No grupo das doenças do aparelho circulatório (N=31), o maior número de mortes ocorreu por doenças isquêmicas do coração (11), com destaque para o infarto agudo do miocárdio. Entre as doenças cerebrovasculares (10), o acidente vascular cerebral (AVC) foi a causa mais frequente. Distribuíram-se igualmente (4) as doenças hipertensivas e as demais formas de doenças do coração, com ênfase para a cardiomiopatia dilatada (Tabela 2).

Do grupo das causas externas (N=17), seis mortes foram ocasionadas por agressões, cinco por acidentes de transportes, quatro por lesões autoprovocadas intencionalmente e duas resultaram de outras causas externas de traumatismos acidentais (Tabela 2).

No grupo das neoplasias (N=15), a neoplasia maligna do colo uterino configurou-se como principal causa básica de óbito (5). Neoplasias malignas do tecido linfático, hematopoiético e de tecidos correlatos (leucemias) e neoplasias malignas de localizações mal

**Tabela 1 – Distribuição proporcional dos óbitos de mulheres indígenas em idade reprodutiva segundo características sociodemográficas, Pernambuco, 2006-2012**

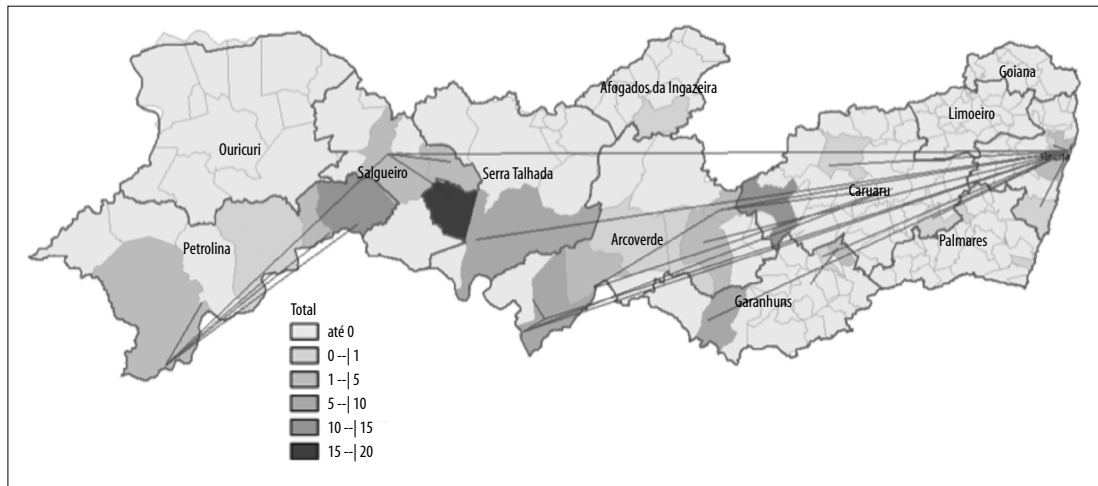
Variáveis	N (n=115)	%
<b>Faixa etária (em anos)</b>		
10-19	15	13,0
20-29	23	20,0
30-39	29	25,2
40-49	48	41,8
<b>Raça/cor da pele</b>		
Branca	5	4,3
Preta	8	7,0
Parda	32	27,8
Indígena	67	58,3
Ignorada/não informada	3	2,6
<b>Escolaridade ou grau de instrução (em anos de estudo)</b>		
Nenhum	27	23,5
1-3	25	21,7
4-7	24	20,9
8-11	8	7,0
Ignorada/não informada	31	26,9
<b>Ocupação</b>		
Autônoma	1	0,9
Agricultora	61	53,1
Estudante	5	4,3
Dona de casa	13	11,3
Aposentada/pensionista	5	4,3
Ignorada/não informada	30	26,1
<b>Situação conjugal</b>		
Solteira	60	52,2
Casada	44	38,3
Viúva	2	1,7
União estável	2	1,7
Ignorada/não informada	7	6,1

definidas, secundárias e de localizações não especificadas representaram dois óbitos cada (Tabela 2).

As causas maternas foram responsáveis por dez óbitos, dos quais três decorreram de doenças do aparelho respiratório complicando a gravidez, parto e puerpério. Descolamento prematuro da placenta e anormalidades da contração uterina representaram os óbitos maternos por hemorragia (2). As demais causas básicas apresentaram-se de forma homogênea (1) (Tabela 2).

## Discussão

Os resultados desta pesquisa contribuem para o conhecimento da mortalidade de mulheres indígenas em idade reprodutiva no estado de Pernambuco. Trata-se de um estudo inédito. Não havia, até o momento de conclusão deste relato, trabalhos que demonstrassem a dinâmica do agravo nesse grupo, apesar do pequeno número de óbitos descritos na série histórica.



**Figura 3 – Mapa de fluxo da distribuição do número de óbitos de mulheres indígenas em idade reprodutiva, segundo o município de ocorrência relacionado ao município de origem-residência, Pernambuco, 2006-2012**

A maior parte dos óbitos estudados correspondia a mulheres aldeadas cujo quesito raça/cor da pele foi subinformado. De parte dos óbitos de MIR sob responsabilidade sanitária do DSEI, mais da metade tiveram a variável raça/cor da pele informada incorretamente. São resultados reveladores do grau de subinformação dessa variável na população reconhecidamente indígena, que reafirmam a baixa qualidade das informações disponíveis sobre essa população.

Escolaridade, assim como em outros estudos,<sup>7,22</sup> apresentou a maior proporção de incompletude, possivelmente explicada pelo fato de essa informação, geralmente não constar nos prontuários hospitalares considerando-se que o hospital foi o local de maior ocorrência dos óbitos. A baixa escolaridade ficou evidenciada: uma pequena parcela da população descrita apresentou de 8 a 11 anos de estudo.

Em relação à variável 'ocupação', a maioria das mulheres dedicava-se à agricultura. Este achado pode estar associado a questões culturais, ou à dinâmica de subsistência própria dessa população, predominantemente domiciliada em áreas rurais ou aglomerados urbanos de pequenos municípios do interior do estado.<sup>23</sup>

Quanto ao município de ocorrência do óbito, observaram-se fluxos semelhantes aos descritos por Rohr et al.:<sup>24</sup> as mulheres indígenas precisaram se deslocar de seus municípios de residência em busca de assistência à saúde, na ocasião do óbito. O DSEI assegura a Atenção Básica à saúde dessa população nas proximidades das

aldeias, sendo parte dos deslocamentos identificados neste estudo explicados pela necessidade de assistência de média e alta complexidade. Os municípios que mais absorveram óbitos foram os que representam polos avançados e pontos de referência para atendimentos de maior complexidade do DSEI.

Os indicadores de mortalidade são capazes de expressar como diferenças étnico-raciais podem levar a desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Embora seja necessário agregar elementos da especificidade cultural dessas populações, o estudo observou 33,9% dos óbitos em domicílio. Este resultado também pode significar dificuldades no acesso a assistência médica de emergência e/ou especializada.

A análise da escolaridade, ocupação, local e município de ocorrência do óbito pode revelar semelhanças entre a população indígena e a população rural de Pernambuco. A baixa situação socioeconômica e as condições de trabalho existentes, grandes distâncias entre residência e serviço de saúde e a precariedade dos serviços locais são alguns fatores capazes de influenciar a vulnerabilidade dessas mulheres, e assim determinar dificuldades no acesso ao cuidado em saúde.<sup>6</sup> Os índios do Nordeste vivem de forma integrada ao meio ambiente regional, onde, possivelmente, a convivência ou mesmo a miscigenação com a população geral trouxe a perda parcial de elementos tradicionais, em parte confirmada ao se estudar as mortes de MIR indígenas e maternas, principalmente no que se refere à população rural feminina.<sup>25</sup>

**Tabela 2 – Distribuição proporcional dos óbitos de mulheres indígenas em idade reprodutiva segundo principais grupos de causas básicas de óbito, de acordo com a CID-10,<sup>a</sup> Pernambuco, 2006-2012**

Grupos de causas básicas	N	CID-10 <sup>a</sup>
<b>Doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX da CID-10<sup>a</sup>) (n=31)</b>		
Doenças reumáticas crônicas do coração	1	I05-I09
Doenças hipertensivas	4	I10-I15
Doenças isquêmicas do coração	11	I20-I25
Outras formas de doença do coração	4	I30-I52
Doenças cerebrovasculares	10	I60-I69
Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares	1	I70-I79
<b>Causas externas (Capítulo XX da CID-10<sup>a</sup>) (n=17)</b>		
Acidentes de transporte	5	V00-V99
Outras causas externas de traumatismos acidentais	2	W00-X59
Lesões autoprovocadas intencionalmente	4	X60-X84
Agressões	6	X85-Y09
<b>Neoplasias (Capítulo II da CID-10<sup>a</sup>) (n=15)</b>		
Neoplasias malignas do aparelho respiratório e órgãos intratorácicos	1	C30-C39
Neoplasias malignas dos ossos e das cartilagens articulares	1	C40-C41
Melanoma e outras neoplasias malignas da pele	1	C43-C44
Neoplasia maligna da mama	1	C50
Neoplasia maligna da vulva	1	C51
Neoplasia maligna do colo do útero	5	C53
Neoplasias malignas de localizações mal definidas, secundárias e de localizações não especificadas	2	C76-C80
Neoplasias malignas do tecido linfático, hematopoiético e de tecidos correlatos	2	C81-C96
Neoplasias benignas	1	D10-D36
<b>Causas maternas – complicações durante a gravidez, parto e puerpério (Capítulo XV da CID-10<sup>a</sup>) (n=10)</b>		
Eclampsia não especificada	1	O15
Descolamento prematuro da placenta	1	O45
Anormalidades da contração uterina	1	O62
Infecção puerperal	1	O85
Complicações venosas no puerpério	1	O87
DAC <sup>b</sup> complicando a gravidez, parto e puerpério	1	O99.4
DAR <sup>c</sup> complicando a gravidez, parto e puerpério	3	O99.5
DAD <sup>d</sup> complicando a gravidez, parto e puerpério	1	O99.6

a) CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10<sup>a</sup> Revisão.

b) DAC: doenças do aparelho circulatório.

c) DAR: doenças do aparelho respiratório.

d) DAD: doenças do aparelho digestivo.

Ao compararem indicadores de mortalidade entre a população indígena e a população geral do estado de Mato Grosso do Sul, Ferreira et al.<sup>26</sup> sugeriram que essas populações se encontravam em diferentes estágios da transição epidemiológica. Em Pernambuco também se observa que a população de MIR indígena

se encontra em estágio diferente dessa transição, quando comparada à população de MIR em todo o estado.

Quando analisados os principais grupos de causa de morte entre as doenças do aparelho circulatório, as doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares (infarto agudo do miocárdio e acidente



vascular cerebral) ganharam destaque: juntas, estas causas representaram mais da metade dos óbitos de MIR indígenas por doenças do aparelho circulatório, semelhantemente aos resultados encontrados por Albuquerque et al.<sup>27</sup> em seu estudo sobre a cidade do Recife.

Entre as causas externas de morte, agressões e acidentes de transporte somaram mais da metade dos óbitos. Embora, na década de 1990, as causas externas tenham representado a terceira causa de óbito de MIR na capital pernambucana, 64,1% dessas mortes resultaram de agressões e acidentes de transporte,<sup>27</sup> proporção semelhante à encontrada neste estudo.

O aumento das causas externas pode estar associado ao modo de vida nas áreas urbanas. Para as mulheres indígenas de Pernambuco que morreram no período do estudo, apesar de a maioria estar domiciliada nas aldeias, predominantemente em áreas rurais, algumas delas são diretamente afetadas pela condição urbana, a exemplo da etnia Fulni-ô, que constitui um bairro da cidade de Águas Belas.

Os óbitos por neoplasias, a partir dos anos 1990, despontam como a primeira causa de óbito de MIR.<sup>7,27</sup> Não obstante, entre as MIR indígenas, as neoplasias correspondem à terceira causa de óbito. Cenários onde os óbitos por neoplasia são proporcionalmente inferiores aos óbitos por doenças do aparelho circulatório e por causas externas, comuns em regiões de menor nível de desenvolvimento, podem refletir estágios diferentes da transição epidemiológica.<sup>26</sup>

O câncer do colo uterino já foi apontado como um problema de Saúde Pública entre a população indígena da América do Norte.<sup>28</sup> No presente estudo, os óbitos por neoplasias malignas do colo do útero superaram os demais sítios primários de tumor.

Causas maternas, por sua vez, representaram 8,7% dos óbitos de MIR indígenas. No Brasil, em 2005, 2,5% dos óbitos de MIR foram relacionados ao estado gravídico-puerperal; em Pernambuco, entre 2004 e 2006, esse percentual não ultrapassou 3,1%.<sup>7,28</sup> A julgar por esses dados, é elevada a proporção de óbitos maternos na população indígena quando comparada à população geral. Tal achado corrobora a ideia de que esse grupo se encontra em etapa anterior da transição epidemiológica, e que a assistência à saúde materna e infantil ainda é insuficiente para responder a seu padrão de adoecimento.

Questões sociodemográficas, associadas à baixa qualidade dos serviços de saúde oferecidos a essa

população, podem dificultar o acesso a exames de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença.<sup>6</sup>

As características sociodemográficas apontam para a vulnerabilidade da população indígena, com influência direta na autopercepção da necessidade de cuidado e consequente busca pela assistência à saúde, identificada pela alta proporção de óbitos ocorridos em domicílio, preditores de mortes sem assistência médica; ou ainda, pela elevada proporção de óbitos por neoplasia maligna do colo uterino, fato indicativo de diagnóstico tardio da doença.

A subinformação do campo raça/cor da pele 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 e da Secretaria Especial de Saúde Indígena para adicionar variáveis à DO capazes de identificar a população indígena no SIM ainda são incipientes. A qualificação da variável raça/cor da pele no SIM-Web é essencial para o conhecimento dos óbitos indígenas. Entretanto, deve-se considerar a necessidade de agregar à base de dados do SIM as informações resgatadas após a investigação. Ademais, o SIM-Web está disponível apenas para os óbitos de MIR, maternos, infantis e fetais, permanecendo desconhecido o restante de óbitos indígenas.

A importância deste estudo reside, sobretudo, na possibilidade de se utilizar, além de outras estratégias, o SIM-Web, o qual permite complementar informações não registradas originalmente no SIM, entre elas a raça/cor da pele (indígena). A identificação de óbitos de mulheres em idade reprodutiva e maternos indígenas subinformados no Sistema de Informações sobre Mortalidade é essencial para se conhecer como morrem essas mulheres, e subsidiar políticas públicas de saúde específicas, adequadas à realidade desses povos.

### Contribuição das autoras

Estima NM participou da concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão da literatura, discussão dos resultados, elaboração e revisão da versão final do manuscrito. Alves SV participou da concepção e delineamento do estudo, orientação do trabalho e revisão crítica do conteúdo intelectual e da versão final do manuscrito. Ambas as autoras declararam ser responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua exatidão e integridade.

## Referências

- Pagliari H, Azevedo MM, Santos VR, organizadores. Demografia dos Povos Indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2005.
- Santos RV, Cardoso AM, Garnelo L, Coimbra Jr. CEA, Chaves MBG. Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: Giovanella L, Scorel S, Lobato L, Noronha J, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 33-55.
- Brasil. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei no 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. Diário Oficial da União. 24 set. 1999 [citado 02 abr. 2019]; Seção 1. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19836.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm).
- 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 AL, organizadores. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: Unesco; 2012. p. 19-58. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_indigena\\_uma\\_introducao\\_tema.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI. Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena – SIASI. Portal da Saúde [Internet]. [Brasília]: Ministério da Saúde; 2019 [citado 02 abr 2019]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-indigena/gestao/siasi>.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- Gil MM. Estudo da mortalidade de mulheres em idade reprodutiva no município de Ribeirão Preto [Internet]. Dissertação [Enfermagem em Saúde Pública]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2012. doi: 10.11606/D.22.2012.tde-16012013-094708.
- Ministério da Saúde BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2019 Apr 02]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_epidem\\_obito\\_materno.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf)
- Frias PG, Szwarcwald CL, Souza Jr. PRB, Almeida WS, Lira PIC. Correção de informações vitais: estimação da mortalidade infantil, Brasil, 2000-2009. Rev Saúde Pública. 2013;47(6):1048-58. doi: 10.1590/S0034-8910.2013047004839.
- Frias PG, Pereira PMH, Andrade CLT, Szwarcwald CL. Sistema de Informações sobre Mortalidade: estudo de caso em municípios com precariedade de dados. Cad Saúde Pública. 2008;24(10):2257-66. doi: 10.1590/S0102-311X2008001000007.
- Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações [Internet]. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008 [citado 02 abr. 2019]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. Poder Executivo. Diário Oficial da União. 06 jul. 2008 [citado 02 abr. 2019]; Seção I. p. 48-49. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119\\_05\\_06\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html).
- Souza LG, Santos RV, Coimbra Jr. CEA. Estrutura etária, natalidade e mortalidade do povo indígena Xavante de Mato Grosso, Amazônia, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2010;15(Supl.1):1455-73. doi: 10.1590/S1413-81232010000700058.
- Santos RV, Cardoso AM, Garnelo L, Coimbra Jr. CEA, Chaves MBG. Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: Giovanella L, Scorel S, Lobato L, Noronha J, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 33-55.
- Basta PC, Orellana JDY, Arantes R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: Garnelo L, Pontes AL. (Orgs.). Saúde Indígena: uma introdução ao tema [Internet]. Brasília: Unesco; 2012. p. 61-106. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_indigena\\_uma\\_introducao\\_tema.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf)
- Sousa MC, Scatena JHG, Santos RV. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. Cad Saúde Pública 2007;23(4):853-61. doi: 10.1590/S0102-311X2007000400013.
- Garnelo L, Brandão LC, Levino A. Dimensões e potencialidades dos sistemas de informação geográfica na saúde indígena. Rev Saúde Pública. 2005;39(4):634-40.

18. Mello JMHP, Laurenti R, Gotlieb SLD. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(3):643-64. doi: 10.1590/S1413-81232007000300014.
19. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População Indígena, 2010. [citado 02 jan 2013]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>
20. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – Datasus. [citado 20 maio 2019]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
21. Silva CF. Fatores de risco para mortalidade infantil em município da região metropolitana de Fortaleza: uma análise através do uso vinculado de bancos de dados [Internet]. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2005 [citado 02 abr. 2019]. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/1006>.
22. Valongueiro AS, Ludermir AB, Gominho LAF. Avaliação de procedimentos para identificar mortes maternas. *Cad Saúde Pública* 2003;19(Supl. 2):293-301. doi: 10.1590/S0102-311X2003000800011.
23. Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005;21(5):1586-94. doi: 10.1590/S0102-311X2005000500033.
24. Rohr LK, Valongueiro S, Araújo TVB. Delivery care and the inadequacy of the obstetric care network in Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2016;16:447-55. doi: 10.1590/1806-93042016000400006.
25. Oliveira JP. Uma etnologia dos “índios misturados”? Situação colonial, territorialização e fluxos culturais. *MANA*. Rio de Janeiro. 1998;4(7):44-77. doi: 10.1590/S0104-93131998000100003.
26. Ferreira MEV, Matsuo T, Souza RKT. Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do Estado do Mato Grosso, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(12):2327-39. doi 10.1590/S0102-311X2011001200005.
27. Albuquerque RM, Cecatti JG, Hardy EE, Faúndes A. Causas e fatores associados à mortalidade de mulheres em idade reprodutiva em Recife, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1998;14(Supl.1):41-8. doi: 10.1590/S0102-311X1998000500013.
28. Pla MAS, Corrêa FM, Claro IB, Silva MAF, Dias MBK, Bortolon PC. Análise descritiva do perfil dos exames citopatológicos do colo do útero realizados em mulheres indígenas e não indígenas no Brasil, 2008-2011. *Rev Brasileira de Cancerologia*. 2012;58(3):461-9.
29. Alves MMR, Valongueiro SA, Antunes Cerqueira MB, Santos Pereira DL. Causas externas e mortalidade materna: proposta de classificação. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47:283-91. doi: 10.1590/S0034-8910.2013047003642.

## Abstract

**Objective:** to describe maternal deaths and deaths of women of childbearing age in the indigenous population in the state of Pernambuco, Brazil, from 2006 to 2012. **Method:** this is descriptive study based on linkage of data from the Mortality Information System (SIM) and its investigation module (SIM-Web); causes of death were considered in accordance with the International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems – 10<sup>th</sup> Revision (ICD-10). **Results:** linkage provided a database comprised of 115 records, of which only 58.3% were recorded on SIM as indigenous; the main causes of death were diseases of the circulatory system (27.0%), external causes (14.8%), neoplasms (13.0%), and maternal factors (8.7%). **Conclusion:** deaths of indigenous women of childbearing age were underreported; the main cause of these deaths were diseases of the circulatory system, although maternal deaths still represent an important cause of death in the population studied.

**Keywords:** Maternal Death; Women's Health; Indigenous Population; Information System.

## Resumen

**Objetivo:** describir las muertes de mujeres en edad fértil y materna entre indígenas del estado de Pernambuco, Brasil, en el periodo de 2006 a 2012. **Métodos:** se trata de un estudio descriptivo realizado a partir del linkage entre el Sistema de Informaciones sobre Mortalidad (SIM) y su módulo de investigación (SIM-Web). **Resultados:** las causas de muertes fueron consideradas según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados a la Salud – 10<sup>a</sup> Revisión (CID-10); se obtuvo un banco compuesto por 115 registros, de los cuales 58,3% fueron informados al SIM como indígenas; las principales causas de óbito fueron enfermedades del aparato circulatorio (27,0%), causas externas (14,8%), neoplasias (13,0%) y causas maternas (8,7%). **Conclusión:** hubo subregistro de las muertes de mujeres indígenas en edad fértil; las principales causas de esas muertes fueron las enfermedades del aparato circulatorio, aunque las muertes maternas todavía representen importante causa de óbito en la población estudiada.

**Palabras clave:** Muerte Materna; Salud de la Mujer; Población Indígena; Sistemas de Información.

Recebido em 20/02/2018  
Aprovado em 26/02/2019

Editora associada: Sueli Manjourany Duro –  orcid.org/0000-0001-5730-0811