LUCILA AMARAL CARNEIRO VIANNA

ACI

CARACTERÍSTICAS DA MORTALIDADE DAS MULHERES (10 ANOS E MAIS)

RESIDENTES EM DIADEMA / SP - 1985 / 1986

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena Prado de Mello Jorge

São Paulo

- 1990 -

Este trabalho foi realizado na
Disciplina de Epidemiologia e
Estatística Vital da Faculdade
de Saúde Pública - USP, com o
apoio financeiro do Conselho
Nacional de Pesquisa (CNPq)

À Profa. Dra. MARIA HELENA PRADO DE MELLO JORGE

...com admiração e respeito

RUBENS GOUVÊA CARNEIRO VIANNA
e
PAULO AMARAL CARNEIRO VIANNA

... pelas razões de viver que me deixaram...

AGRADECIMENTOS:

- à Profa. Rosa Aparecida Pimenta de Castro - Chefe do Departamento de Enfermagem - Escola Paulista de Medicina
- aos colegas da Disciplina de Enfermagem de Saúde Pública do Departamento de Enfermagem - Escola Paulista de Medicina
- ao Centro de Informática em Saúde (CIS) - Escola Paulista de Medicina
- ao Centro de Apoio à Pesquisa e ao Ensino (CAPE) - Escola Paulista de Medicina
- à Sra. Maria Aparecida Sanches - Educadora em Saúde
- à Profa. Dra. Cecília A. Lolio do Centro Brasileiro de Classificação de Doenças
- à Marlene Sakumoto - Centro de Informática em Saúde (CIS) - Escola Paulista de Medicina
- à Sra. Angela Cuenca, Bibliotecária da Faculdade de Saúde Pública - USP
- à Fundação SEADE - Sistema Estadual de Análise de Dados
- à Prefeitura do Município de Diadema
- aos hospitais consultados e
- à população de Diadema.

RESUMO

A partir da metodologia utilizada por PUFFER e GRIFFTH, 1967, PUFFER e SERRANO, 1973, GUIMARÃES, 1979, LAURENTI e col. 1988 e MELLO JORGE, 1988, foi possível caracterizar o óbito das mulheres de Diadema/SP. A maioria da população alvo era de mulheres idosas (64% acima de 50 anos), oriundas principalmente do Nordeste, com baixa escolaridade (51,4% de analfabetas), com baixo nível sócio-econômico (66,7% com até um salário mínimo/pessoa na casa). Das que tinham assistência em saúde (86,3%), quase 70% eram seguradas pelo INAMPS. Encontrou-se alto índice de alcoolismo nessa população. As principais causas de óbito foram as Doenças do aparelho circulatório, Neoplasias e Causas externas. No grupo de mulheres em idade fértil as principais causas foram Causas externas e Complicações da gravidez, do parto e do puerpério. As principais queixas pré-existentes foram a hipertensão e o diabetes. O coeficiente de mortalidade materna foi o de 289,32/cem mil nascidos vivos, considerado muito alto entre os países aos quais foi comparado. A metodologia permitiu também alteração nas causas de óbito, assim sendo, houve aumento das Doenças das glândulas endócrinas, das Complicações da gravidez, do parto e do puerpério; o aparecimento das causas Transtornos mentais; e a diminuição da Doenças do aparelho respiratório e das Causas mal definidas.

SUMMARY

Starting with the methodology used by PUFFER & GRIFFITH (1967), PUFFER & SERRANO (1973), GUIMARÃES (1979), LAURENTI et al (1988), and MELLO JORGE (1988), it was possible to characterize the deaths of Diadema/SP women on 1985/6. This population as being formed of old women (64% over 50 years), mainly from the Northeastern Brazil, poor literacy (51.4% illiterate), with low social-economic level (66.7% with up to one minimum salary earned by each person in the house). Almost 70% of those who had medical and hospital assistance (86.3%) were insured by INAMPS. A high rate of alcoholism was found in the population. The main death causes were circulatory system Diseases, Neoplasias and external Causes. In the prolific age group of women, the main causes were external Causes and pregnancy, delivery, and puerperium Complications. The main pre-existing complaints were hypertension and diabetes. The mortality death rate was 289.32/1000 born alive, which was found to be very high in comparison to other countries. The methodology also enabled an alteration in death causes. Thus, there was an increase of endocrinous gland Diseases, pregnancy, delivery, and puerperium Complications; an emergence of mental perturbations Causes, and a decrease in the respiratory system Diseases and badly defined Causes.

ÍNDICE

	página
1 - INTRODUÇÃO	
1.1 Saúde da Mulher	1
1.2 Estudos de Mortalidade	7
1.3 Diadema	14
2 - OBJETIVOS	16
3 - MATERIAL E MÉTODOS	18
3.1 Material de estudo	18
3.2 Método de trabalho	18
3.3 Fase preliminar	19
3.4 Esta investigação	21
3.4.1 Instrumentos de coleta de dados	21
3.4.2 Variáveis consideradas	22
3.4.3 Levantamento inicial	23
3.4.4 Entrevistas no domicílio	23
3.4.5 Obtenção de dados médicos (Hospital e IML)	27
3.4.6 Seleção de causas básicas	28
3.4.7 Codificação e apuração	28

4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
4.1 Análise da mortalidade de todas as mulheres	32
4.1.1 Características pessoais	32
. Idade	32
. Naturalidade	36
. Tempo de residência em Diadema	40
. Estado conjugal	43
. Hábito de fumar	44
. Hábito de beber	47
4.1.2 Características sócio-econômicas	52
. Escolaridade	52
. Atividade remunerada	55
. Remuneração	62
. Renda "per capita" e Moradia	63
4.1.3 Características de saúde	68
. História reprodutiva	68
. Queixas e doenças	74
. Assistência em saúde	76
4.1.4 Características do Óbito	79
. Segundo principais causas	80
. Segundo opinião dos familiares	91
. Segundo queixas e doenças	92
. Segundo hábitos	95
. Segundo Local de ocorrência do óbito	100
. Segundo Tempo de internação	105

4.2	Análise da mortalidade das mulheres em idade fértil com ênfase à mortalidade materna	111
4.2.1	Considerações gerais	111
4.2.2	Mulheres que estavam grávidas ao morrer	116
4.2.3	Mulheres que tiveram óbito até um ano após o parto	120
4.2.4	Medidas de mortalidade no ciclo gravídico puerperal	126
4.3	Fidedgnidade das estatísticas oficiais quanto à causa da morte	133
4.3.1	Na mortalidade feminina	133
4.3.2	Na mortalidade no ciclo gravídico-puerperal	139
5.	CONCLUSÕES	145
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	150
.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
.	ANEXOS	

1 - INTRODUÇÃO

1.1 SAÚDE DA MULHER

O crescimento, a distribuição geográfica e a estrutura da população por idade, assim como outras características demográficas são fatores que, de maneira direta ou indireta, determinam a magnitude e o tipo dos problemas de saúde em um país. As medidas tomadas pelo setor saúde para efetuar mudanças nas taxas de mortalidade e de fecundidade afetam o crescimento e outras características demográficas da população.

No caso da saúde da mulher, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 1985), acredita que tais interrelações são ainda mais evidentes. A sua conduta reprodutiva determina o nível de fecundidade e está condicionada por fatores, tais como seu nível educacional, sua participação na força de trabalho, seu estado civil e seus antecedentes culturais. Através de sua função de mãe, a mulher tem uma influência direta, não só na saúde de seus filhos, mas, também, nas taxas de mortalidade infantil e das crianças. Tem também uma participação significativa na migração rural-urbana, que constitui uma das principais causas do crescimento das cidades. À medida que avança o processo de modernização, a mulher vai se tornando independente, melhora seu nível de educação, assume maior proporção na força de trabalho, modificando-se a estrutura da família, o número de filhos e as necessidades de assistência em saúde.

Para SERRANO, 1984, as mulheres compartilham, com os demais membros da família e das sociedades, dos níveis de saúde

determinados pelos fatores biológicos, demográficos, sociais e ecológicos. Além disso, elas constituem um grupo vulnerável a certos problemas específicos, em virtude de sua própria natureza: os inerentes ao processo reprodutivo, os que se referem à nutrição, os vinculados às enfermidades infecciosas e os relacionados à insuficiente resposta social às necessidades, em especial ao setor saúde e à sua capacidade de articular-se com outros setores de benefício social.

Segundo a OPAS, 1985, a circunstância social mais evidente que afeta a saúde da mulher é a própria condição de ser mulher. A sua situação sócio-econômica é em geral inferior a do homem, o que se reflete na tendência de preferir os bêbes do sexo masculino, em educar os meninos melhor que as meninas, em ensinar tarefas servis à mulher, em pagar menos aos trabalhadores do sexo feminino, em atribuir relativamente pouco prestígio às ocupações típicas da mulher, como a de enfermeira ou secretária, e a confiar a poucas mulheres postos de destaque.

Nas zonas mais pobres, as mulheres sofrem os efeitos decorrentes de uma alta porcentagem de analfabetismo, de esgotamento e de má-nutrição. Nas comunidades urbanas prósperas, muitas mães solteiras se mantêm com empregos de baixa remuneração, no entanto se esforçam, simultaneamente, para atender à sua família e ao seu emprego. Em vista dos problemas concretos que têm que ser resolvidos, surgem dúvidas a respeito de um verdadeiro progresso na saúde da mulher ou não será atingida a "saúde para

todos no ano 2000" caso não se modifique a sua condição social (OPAS, 1983).

Por outro lado como afirma SERRANO, 1984, a mulher é o elo da função familiar, a depositária do poder aglutinante na saúde dos filhos e demais membros da família. Sobre ela recai a maior responsabilidade do cuidado e participação na dinâmica familiar, devido à falta de equilíbrio reinante nos padrões culturais. Sem a saúde da mulher não há saúde satisfatória dos filhos e nem da família. Por dedução, se não existe uma saúde global na família, não haverá saúde nas sociedades e todo o progresso de desenvolvimento social e econômico estará comprometido.

Portanto, ao mesmo tempo que é tida como indispensável, exercendo papéis super valorizados de procriadora, de mãe, de educadora, de mantenedora do lar, a mulher é relegada a um plano sócio-econômico inferior ao do homem, ao qual, através dos tempos e na maioria das vezes, ela procura se ajustar.

Quanto à situação de saúde das mulheres brasileiras, o estudo de BARROSO, 1986, desvenda, antes de mais nada, a baixa qualidade de suas condições de vida, o não-reconhecimento de suas necessidades específicas, a precariedade do atendimento às suas necessidades de saúde e a escassez de informações para avaliá-las.

Os serviços de saúde ainda não se encontram organizados para prestar atendimento integral aos múltiplos problemas de saúde da mulher, resultantes de condições específicas de sua inserção na sociedade brasileira. Coerentes com a ideologia que só valoriza na mulher sua função reprodutora, os cuidados de saúde são direcionados apenas para as funções diretamente relacionadas com a gravidez, o parto e a lactação, sendo, todas as demais questões não diretamente ligadas com a maternidade, ignoradas ou tratadas de maneira fragmentada.

Para que a política de saúde da mulher faça parte de um método unificado para o desenvolvimento econômico e social, deve-se constituir num insumo, que repercuta na produção como um dos seus instrumentos na elevação do padrão de bem-estar da população e não apenas como resultado espontâneo da elevação do padrão econômico e sub-produto da superestrutura, pois cada aspecto do desenvolvimento influi em todos os demais.

Faz-se necessário um planejamento em saúde, que deve atender, em primeiro lugar, ao requisito de se elaborar um diagnóstico criterioso da situação de saúde existente, utilizando o método epidemiológico e estatístico conforme recomendação da OMS, 1951 (RODRIGUES, 1979).

Até o momento, vem sendo desenvolvido um programa oficial do Ministério da Saúde para todo o Brasil, considerado de Saúde Materna, uma das prioridades em termos de Saúde Pública

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984). Últimamente, vem aflorando uma preocupação maior em se estender essa programação, visando a abranger outros fenômenos bio-psico-sociais, além dos da gestação, o que seria o Programa de Saúde da Mulher.

Sabe-se que o período da adolescência, que é uma idade de profundas mudanças corporais, psicológicas e de busca de identidade, caracteriza-se por ambivalências que marcam todo o desenvolvimento do indivíduo. No caso específico da mulher sobrepõe-se a esse período crítico da vida, um outro conjunto de fenômenos iniciado pela menarca, muitas vezes surpreendido pela gravidez indesejada. Uma combinação de razões é a causa para o aumento da incidência da gravidez nessa fase da vida. O início puberal mais precoce associado à mudança na conduta sexual das adolescentes, os aspectos familiares, psicológicos e sócio-econômico-culturais são apontados como fatores determinantes da reprodução nesse grupo. A anticoncepção não é praticada de maneira adequada no grupo das adolescentes sexualmente ativas, sendo grande a ignorância da fisiologia da reprodução e das consequências das relações sexuais. As jovens têm dificuldades de discutir a questão com seus pais que, as vezes, não se sentem preparados para debater o tema. O temor de que eles venham a saber das suas relações sexuais, aumenta a resistência em falar a respeito do seu comportamento. A gravidez não desejada passa a ser fonte de tensão para a adolescente, seu círculo familiar imediato e a sociedade (IONESCU e col., 1989). Assim sendo, a gravidez indesejada torna-se um alto risco para o aborto, principalmente,

sem a oportunidade de aconselhamento sobre contraceptivos (ABRAMS, 1986).

Além disso, a sexualidade se tornou uma legítima preocupação para os profissionais da saúde. A sexualidade das mulheres não é primariamente uma resposta à do homem, mas às suas próprias características. É uma expressão de mutualidade, envolvendo, não somente uma gratificação física, mas também um senso de si mesma como mulher no contexto de sua vida, seus relacionamentos e emoções. Vários grupos de mulheres com questionamentos sexuais, incluindo adolescentes, deficientes físicas, lésbicas e idosas têm tradicionalmente sido atendidas por enfermeiros e outros profissionais de saúde (BERNHARD, 1986).

Nó entanto, os programas de Saúde da Mulher não devem se extinguir com a idade fértil, pois segundo VAGOGNE, 1985, cerca de 30% das mulheres passam pela menopausa sem dificuldades, porém a maioria encontra-se, nesse período, numa situação difícil que não é somente a consequência de problemas psicológicos, mas também de mudanças ambientais. A emancipação dos filhos, a ansiedade algumas vèzes causada pela idade dos próprios pais, a falta de interesse que a sociedade tem por uma mulher ao redor dos 50 anos, o cansaço, a lassitude conjugal, a pouca compreensão daqueles ao seu redor, muito frequentemente levam aquela mulher a necessitar de uma assistência em saúde, não apenas para receber uma prescrição de estrógeno, mas uma assistência psicológica, um apoio para enfrentar essa difícil fase da sua vida. As mulheres desse

grupo precisam ter orientação sobre a fase que estão passando, elucidação sobre higiene e saúde, além do apoio psicológico. Por outro lado, o crescimento da população idosa recai sobre uma maior demanda econômica da sociedade, como por exemplo, as necessidades desse grupo dos cuidados de saúde, do bem estar social e de um aumento de suporte econômico de um modo geral. McELMURRY e LIBRIZI, 1986, citaram que apenas 5% do segmento de idosos são institucionalizados, sendo, a maioria do grupo, de desamparados e doentes. É do maior interesse da sociedade conservá-los tão saudáveis quanto auto-suficientes possível.

Em pesquisa realizada por SOMMERS, 1974, este verificou que as mulheres vivem em média oito anos mais que os homens. McELMURRY e LIBRIZI, 1986, consideram também o fato que as mulheres compreendem a maioria da população idosa e, dado que as mulheres mais velhas tem sido subestimadas nas pesquisas, pronta ação deve ser tomada para se descobrir as especiais necessidades deste grupo.

Acreditou-se serem esses os argumentos fundamentais para que o universo deste estudo abrangesse o grupo de mulheres de 10 anos e mais.

1.2 ESTUDOS DE MORTALIDADE

Dadas as referências empíricas do conceito de saúde, torna-se compreensível o fato de não se dispor de indicadores que

permitam avaliar e exprimir o estado de saúde das populações. Até o momento as tentativas neste campo têm-se referido às abordagens indiretas, através da análise dos danos que afetam a saúde, ou seja, doença e morte. Entretanto, mesmo esta abordagem apresenta, na prática, sérias limitações. Se os critérios básicos que definem a mortalidade, ou seja, vida ou morte, não apresentam ambiguidades, o mesmo não ocorre com a morbidade. Esta não apresenta características absolutas que possam ser determinadas de maneira uniforme e que permitam o estabelecimento de comparações a nível internacional.

A consequência destas limitações é que o estado de saúde das populações continua a ser medido, basicamente, através de indicadores de mortalidade. A justificativa desta prática se prende ao fato de que, se "no sentido estrito a mortalidade não constitui uma indicação de saúde, porém, a experiência tem demonstrado que, via de regra, existe uma correspondência quantitativa entre esses dois termos, de sorte que determinados valores de um permitem deduzir certos valores do outro" (YUNES e col., 1971).

Além disso, considerável confiança é assegurada aos dados de mortalidade do sistema de estatísticas vitais para identificar problemas de saúde e para dirigir programas de saúde, porque para medir essencialmente morbidade não existe nenhuma fonte de dados que possa ser comparada a níveis nacional, estadual e local (ROSENBERG, 1989).

Os estudos da mortalidade são tradicionalmente feitos por meio dos atestados de óbito. Esta metodologia, entretanto, apresenta restrições, visto que, em primeiro lugar, tem sido verificado que a qualidade dos mesmos, pelo menos a nível de Brasil, não é boa (MILANESI e LAURENTI, 1964, FONSECA e LAURENTI, 1974). Além disso, é de uso comum codificar somente a causa básica do óbito, que segundo a Classificação Internacional de Doenças (C.I.D.) 9a. revisão, 1975 (MANUAL, 1980), é: "a doença ou lesão que iniciou a sucessão de eventos que levou diretamente à morte, ou às circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal".

Estudos de mortalidade que seguem uma metodologia que inclua a investigação dos casos por meio de entrevistas nos domicílios daqueles que faleceram e junto aos médicos, hospitais, clínicas, etc., que cuidaram dos mesmos, permitem uma análise profunda e realística quanto às causas básicas e associadas, bem como do ponto de vista sócio-econômico-familiar. Pesquisas desse tipo já foram realizadas entre nós, a primeira vez em 1962/1964 (PUFFER e GRIFFITH, 1967), em 1968/1970 (PUFFER e SERRANO, 1973) e depois em 1974/1975 (GUIMARÃES e col., 1979) e mais recentemente MELLO JORGE, 1988 e LAURENTI e col., 1988.

Investigações deste tipo evidenciam, claramente, a importância de se analisar os óbitos por meio da metodologia de entrevistas. Esta metodologia permite conhecer outras causas que,

embora presentes no momento da morte, não foram colocadas no atestado. Com relação a algumas causas esse fato é mais evidente: os dados de PUFFER e GRIFFITH, 1967, pesquisa patrocinada pela Organização Pan-Americana de Saúde/OMS e levada a efeito em onze cidades das Américas e uma da Inglaterra, no período de 1962/1964, mostraram que a informação adicional utilizada para a codificação de causas de mortalidade teve o efeito de aumentar os coeficientes de mortalidade por causas maternas e especificamente, por aborto, em quase todas as cidades onde a Investigação se desenvolveu. Como causa de morte, o que se tem verificado é que, dada a precariedade de informações contidas nos atestados de óbito, e a forma pela qual são os mesmos preenchidos e codificados, encontra-se uma mortalidade por aborto às vezes bastante menor do que ela é na realidade. A complementação desse estudo por entrevistas no domicílio e em hospitais viria aclarar este problema (SILVEIRA, 1976).

Quanto à idade, SIQUEIRA e col., 1984, ao estudarem a "Mortalidade Materna no Brasil, 1980", verificaram que 18 óbitos ocorreram no grupo de 10 a 15 anos, o que nos leva a crer que, além dos óbitos por causas maternas classificados em outras causas, existe provavelmente um grande contingente com complicações, e que não há nenhum programa preventivo para o grupo em questão.

Sabe-se que os dados de mortalidade por aborto, especificamente, não espelham perfeitamente sua incidência na

população. Os abortos voluntários que se realizam no Brasil são praticados na clandestinidade, em clínicas privadas, e muitos, provocados em residências particulares, utilizando métodos inadequados. É extremamente difícil conhecer a situação exata dos abortos que se praticam atualmente no Brasil, pois não se publicam dados a respeito do problema. É também difícil estabelecer quantos são na realidade os abortos que têm um desenlace fatal. Há cálculos de que seriam praticados mais de dois milhões de casos anuais de interrupções da gravidez (PRADO, 1984).

Quando se considera a mortalidade materna segundo causas, existe a recomendação da Classificação Internacional de doenças, que divide a mortalidade materna em dois grupos: Mortes obstétricas diretas: aquelas resultantes de complicações obstétricas na gravidez, no parto e no puerpério, devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou devidas a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer das causas acima mencionadas. Ex. aborto, toxemias, hemorragias. Mortes obstétricas indiretas: aquelas resultantes de doenças existentes antes da gravidez, isto é, doenças que se manifestaram durante a gravidez, não devidas a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Ex. doenças cardíacas, diabetes, hepatites (MANUAL, 1980).

Tomando-se por base as Estatísticas de Mortalidade no Brasil, 1985, conforme pode-se verificar na Tabela 1, existem outras causas de óbito que atingem a população feminina, e que

muito pouco é feito para diminuir esses valores. Verifica-se também que as Causas Mal Definidas ocupam o segundo lugar com 22,0% do total de óbitos nesse grupo no Brasil, o que significa que não se sabe a causa de óbito de, praticamente, 1/4 das mulheres falecidas em 1985. Isto porque a qualidade da informação era muito ruim em termos de Brasil: 12% dos estados brasileiros (Maranhão, Paraíba e Alagoas) apresentavam de 50 a 100% de seus óbitos por Causas Mal Definidas; apenas 16,0% (Mato Grosso do Sul, São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul) apresentavam de 0 a 10% dos óbitos por essas causas. Esta análise mostra a dificuldade de se elaborar um programa, de acordo com as necessidades de saúde da população, pois não se sabe ao certo do que a população está morrendo (VIANNA, 1989).

Tabela 1 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITO ENTRE A POPULAÇÃO FEMININA DE 10 ANOS E MAIS NO BRASIL, NO ESTADO DE SÃO PAULO E NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 1985

Causas	Local		
	Brasil %	Estado São Paulo %	Município São Paulo %
D.do Ap. Circulatório	30,3	38,5	39,3
Causas Mal Definidas	22,0	6,0	1,4
Neoplasias	9,8	12,6	14,8
D.do Ap. Respiratório	8,2	10,3	11,5
D.Infec. Parasitárias	6,4	5,1	4,7
Causas Externas	4,9	5,3	5,4
D. Endócrinas	4,3	5,5	5,8
Causas Maternas	0,6	0,4	0,4
Outras	13,5	16,3	16,7
Total	100,0	100,0	100,0

Fonte: Dado bruto - Ministério da Saúde, 1988.

Mesmo verificando que no Estado e no Município de São Paulo, o mesmo ocorre com valores insignificantes, devido ao nível de desenvolvimento dessas áreas ser mais elevado, e em decorrência da melhor assistência em saúde e um sistema de informações mais adequado, acredita-se que os estudos de mortalidade por meio da investigação no domicílio, no hospital e no IML, até o momento, são os que melhor retratam a realidade de saúde de uma população.

1.3 DIADEMA

Com relação à área, foi escolhido o Município de Diadema, localizado na região da Grande São Paulo, a sudeste da cidade de São Paulo, com a qual faz divisa, assim como com o Município de São Bernardo do Campo, perfazendo a área de 32 Km². Situada no maior polo industrial do Brasil, o ABCD, é cortada de norte a sul pela rodovia dos Imigrantes, que liga a capital de São Paulo ao porto de Santos, um dos principais do país.

Criado em 1958, o município de Diadema, teve instalado seu primeiro governo municipal em 1960. Tornou-se polo de atração, com ofertas de emprego, favorecendo a migração de pessoas jovens, oriundas de outras cidades do Estado de São Paulo e de outros estados. Grande parcela dessa população migrante é carente bio-psico-socialmente, necessitando de assistência médico-social, além daquela que o município pode oferecer. Na maioria das vezes alojam-se em favelas estabelecidas clandestinamente (VIANNA, 1981). Atualmente, existem cerca de 150 núcleos, representando quase 1/3 do total de habitantes de Diadema*.

Da população residente estimada em 353.594 para 01 de dezembro de 1986 (época do levantamento de dados desta investigação), a população feminina de 10 anos e mais, conforme Tabela 2, era de 127.044 (35,9% da população total), segundo dados

*Prefeitura Municipal de Diadema, 1989.

obtidos na Fundação SEADE - Sistema Estadual de Análise de Dados (FSEADE, 1986).

Caracterizada como polo industrial, contava em 1985 com cerca de 1.200 indústrias. A composição da receita orçamentária era então de 116.300.800 mil cruzeiros. Quanto ao saneamento básico, aproximadamente 77,5% da população era servida pela rede de água e 41% pela rede de esgoto.

Quanto a rede pública escolar (única existente em Diadema), 43 escolas dedicadas ao primeiro grau e 11 ao ensino do segundo grau atendiam a 53.784 e 4.063 alunos respectivamente (SUMÁRIO, 1988).

Na área da saúde, os quatro hospitais gerais mantinham 752 leitos e os dois hospitais psiquiátricos, 398 leitos. Contava também com um Centro de Saúde do Estado, um pronto-socorro e 13 unidades básicas de saúde da prefeitura (SUMÁRIO, 1988).

Diadema retrata, de certa forma, parte das mulheres brasileiras, seus hábitos e a utilização dos recursos existentes na área da Saúde pelo grupo em questão. Também foi escolhida com o intuito de dar continuidade ao trabalho "Situação de Saúde do Município de Diadema" (VIANNA, 1981) onde se verificou que a experiência vivenciada na área e os resultados obtidos, por meio do levantamento de dados oficiais, com relação a algumas causas de

morte, especificamente "Causas Maternas", não eram compatíveis, com a realidade.

Justifica-se, assim, este estudo que, embora fundamentalmente descritivo, vai permitir conhecer uma situação mais próxima da real da mortalidade das mulheres de 10 anos e mais, e, em última análise, após esse conhecimento, possibilitar a formulação de programas de saúde mais adequados à realidade em questão.

2 - OBJETIVOS

O presente trabalho teve como objetivos:

1º. analisar a mortalidade das mulheres residentes em Diadema, falecidas entre julho de 1985 e junho de 1986, segundo:

- . características pessoais, tais como idade, local de nascimento, tempo de residência em Diadema, estado conjugal, hábitos de fumar e beber;
- . características sócio-econômicas, tais como : escolaridade, atividade remunerada, habitação, renda "per capita";
- . características de saúde, por meio da história reprodutiva, de queixas e doenças e do direito à assistência em saúde;
- . causas básicas do óbito (segundo opinião do investigador) quanto: às variáveis pessoais, sócio-econômicas e de saúde; ao local de ocorrência e tempo de internação;

2º. analisar especificamente a mortalidade das mulheres em idade fértil, segundo:

- . características pessoais, sócio-econômicas e de saúde;
- . número de filhos nascidos vivos, número de natimortos, abortos;

3º. analisar os óbitos das mulheres por ocasião da gravidez, do parto e do puerpério;

4º. verificar a fidedignidade das estatísticas oficiais quanto às causas de mortalidade feminina e à mortalidade materna especificamente.

3 - MATERIAL E MÉTODOS

3.1 MATERIAL DE ESTUDO

O material de estudo foi constituído de todas as mortes de mulheres residentes em Diadema, com idade de 10 anos e mais, cujo óbito ocorreu entre julho de 1985 e junho de 1986.

Considerando o levantamento preliminar realizado na FSEADE, verificou-se alguns óbitos de mulheres residentes em Diadema que ocorreram em hospitais de outros Municípios, tais como: São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Santo André e São Paulo, tendo seus óbitos sido registrados em cartórios desses Municípios.

3.2 MÉTODO DE TRABALHO

A metodologia adotada é a mesma que foi utilizada por PUFFER e GRIFFITH, 1967 e por GUIMARÃES e col., 1979 nas Investigações Interamericanas de Mortalidade de Adultos de 15 a 74 anos e PUFFER e SERRANO, 1973 para Crianças menores de 5 anos, na "Investigação sobre a mortalidade por acidentes e violências na infância" por MELLO JORGE, 1988 e LAURENTI e col., 1988 em Investigações sobre a mortalidade de mulheres, realizada em São Paulo em 1986.

Tais investigações desenvolveram-se a partir dos atestados de óbito ou Declaração de óbito (anexo 1) da população de estudo. Essas declarações tiveram por finalidade apenas

identificar a população do estudo. A seguir, com o conhecimento do endereço residencial e do hospital (no caso de óbito hospitalar), foram preenchidos dois questionários: 1º. em entrevistas domiciliares; 2º. em consultas aos prontuários hospitalares (levando-se em conta resultados de exames, relatórios de cirurgias, pareceres médicos); 3º. consulta aos laudos de necrópsias, quando existissem (anexos 2, 3 e 4).

3.3 FASE PRELIMINAR

Apesar de a metodologia em que os questionários já tinham sido testados nas investigações anteriores, devido a algumas modificações introduzidas, o questionário domiciliar necessitou ser novamente testado.

Primeiramente, foram selecionadas, randonicamente (na FSEADE) dez declarações referentes aos óbitos ocorridos em junho/85 - mês anterior àqueles considerados na pesquisa (julho/85 a junho/86). Após identificação dos domicílios foi aplicado o questionário, onde foram introduzidos os itens:

- renda per capita;
- condições de moradia;
- vida reprodutiva da mulher;
- queixas e/ou doenças e hábitos da falecida anteriores ao óbito.

Quanto ao hábito de beber, foi utilizado o teste "CAGE" (cut-down, annoyed, guilty, eye-opener) para triagem do alcoolismo utilizado por MASUR e MONTEIRO, 1983, MASUR e col, 1985, SCHOFIELD, 1988 e IACOPONI e col., 1989, conforme as questões abaixo chamadas discriminativas, e que são normalmente acompanhadas de outras perguntas que visam facilitar a entrevista:

_Da... bebia?_Qual a bebida de sua preferência?

_Alguma vez, falou que precisava parar de beber?

_Ficava chateada consigo mesma pela maneira como bebia?

_Ficava chateada se alguém falasse do quanto ela bebia?

_Costumava beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou cortar a ressaca?

foram inseridas, entre outras questões sobre os hábitos anteriores ao óbito

A intenção de se utilizar o CAGE não é a de ludibriar o entrevistado, mas a de obter respostas às questões padronizadas que permitam uma interpretação objetiva e comparável sobre o hábito de beber. O teste valoriza, na sua interpretação, a percepção do próprio sujeito, das pessoas próximas a ele e a sugestão de dependência física.

SCHOFIELD, 1988 afirma que o CAGE explora a "área cinza" entre a bebida social e o alcoolismo e parcialmente, mapeia a transição entre as duas áreas.

O indivíduo é considerado CAGE positivo, quando duas ou mais respostas (às questões apresentadas acima) são positivas, o que já foi demonstrado em trabalhos anteriores em hospitais (MASUR e col., 1985 e SCHOFIELD, 1988). Aqui o CAGE foi aplicado pela primeira vez a um informante, ao invés de ser feito à pessoa em questão.

3.4 ESTA INVESTIGAÇÃO

3.4.1 - INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Após contatos com técnicos, consulta à bibliografia especializada e dentro dos objetivos da pesquisa foi elaborado o questionário (anexo 2) usado na entrevista domiciliar. Os demais questionários (anexos 3 e 4) utilizados nos hospitais, junto aos médicos e no Instituto Médico Legal (IML) foram bastante similares àqueles usados nas pesquisas citadas anteriormente.

3.4.2 - VARIÁVEIS CONSIDERADAS

Foram consideradas, no presente trabalho, as seguintes variáveis, constantes do questionário aplicado (anexo 2):

- . Idade por ocasião do óbito (considerados grupos etários);
- . local de nascimento;
- . tempo de permanência em Diadema;

- . estado conjugal (casada, aqui foi considerada aquela mulher que vive com marido ou companheiro);
- . hábitos (fumo e álcool);
- . escolaridade;
- . renda "per capita" (salário mínimo por pessoa na casa);
- . atividade remunerada (atividade e remuneração);
- . habitação (situação de moradia e localização do imóvel);
- . história reprodutiva (menstruação, filhos nascidos vivos, natimortos, abortos, uso de anti-concepcional);
- . queixas e doenças anteriores ao óbito;
- . assistência em saúde;
- . causa de óbito segundo opinião do investigador (OI).

3.4.3 LEVANTAMENTO INICIAL

Quanto aos Atestados de Óbito referentes à pesquisa propriamente dita (1985/1986), foi estabelecido contato com o Cartório do Registro Civil de Diadema e após contar com a cooperação das autoridades afins, foi permitido fazer xerox das Declarações de Óbito do referido Cartório.

Sobre os óbitos ocorridos em outros locais, pode-se obter os dados na FSEADE, onde a cada final de mês chegam

atestados de todos os cartórios do Estado de São Paulo. Essa metodologia permitiu levantar 353 Declarações de Óbito (D.O.), que poderiam pertencer à investigação.

3.4.4 ENTREVISTAS NO DOMICÍLIO

O Levantamento domiciliar foi realizado pelo próprio investigador, que contou com a colaboração de uma Educadora em Saúde Pública e, num pequeno número de casos, foi realizado por alunos do 4º ano de Graduação em Enfermagem, sob a orientação do investigador.

A maior dificuldade desta etapa consistiu na localização dos endereços. Aqui cabe mencionar que grande parte das mulheres habitava bairros em formação, isto é, muitas vezes ruas sem placas, sem calçamento, sem guias, ou que haviam tido o nome mudado recentemente.

Outra característica que merece ser citada foi a dificuldade que as pessoas tem em pronunciar os nomes das próprias ruas e que o Cartório, por sua vez, anota exatamente o que o informante pronunciou. Situação esta, que acarretou não pequeno número de problemas de localização de endereços, que se complicava ainda mais, visto que, na maioria das vezes na Declaração de Óbito não constava o bairro onde a falecida morava.

Durante o Levantamento Domiciliar foi descoberto um caso de óbito que não havia sido encontrado na FSEADE, perfazendo um total de 354 casos. Destes, quinze haviam vindo apenas para se tratar em Diadema; três estavam passando temporada na casa de parentes e nove não eram residentes em Diadema, mas em São Paulo ou São Bernardo do Campo, em locais próximos à divisa dos Municípios, totalizando 27 casos que foram eliminados da pesquisa, por não atenderem ao requisito residência. Foram estudados, portanto, 327 casos, que se constituíram no material desta investigação.

Houve dez casos em que não se obteve qualquer informação, visto seus endereços não terem sido localizados. Nestes, onde só se contava com os dados da Declaração de Óbito, foram estudados apenas a idade, local de nascimento, escolaridade, estado civil e causa de óbito segundo a Declaração de Óbito. Foram, entretanto, mantidos na pesquisa visto que, nas Declarações de Óbito constava residência em Diadema (Quadro 1).

QUADRO 1 - SINOPSE DAS INFORMAÇÕES OBTIDAS SOBRE ÓBITOS DE MULHERES EM DIADEMA - 1985/86.

Informações obtidas:	nº de casos
Na DO*, no domicílio e no hospital	215
Na DO, no domicílio e no IML	15
Na DO, no domicílio, no hospital e no IML	4
Na DO e no domicílio	74
Na DO e no hospital	9
Apenas na DO	10
TOTAL	327

* Declaração de Óbito

Houve alguns casos em que, além dos dados da Declaração de Óbito já mencionados, foi possível a consulta aos prontuários, de onde puderam ser extraídas as informações relativas a: tempo de permanência no hospital e a causa de óbito, segundo o investigador. É essa a razão pela qual, em algumas tabelas apresentadas, os totais de casos com informação conhecida podem se apresentar diferentes.

Um dos casos, respondido por uma vizinha, do qual poucas informações puderam ser obtidas, foi considerado como entrevista domiciliar. Além disso, não foi encontrado o prontuário hospitalar, portanto não foi possível conhecer a causa de óbito pelo investigador, somente pela Declaração de Óbito.

Assim sendo a variável causa básica vai ter sempre onze casos ignorados, isto é, um a mais do que aqueles em que só contaram os dados da Declaração de Óbito.

Com relação ao número de visitas, foi estabelecido inicialmente o máximo de três visitas para cada óbito, caso familiares da mulher não fossem encontrados. Os questionários foram preenchidos, sendo importante notar que: 79,4% (281) o foram na primeira visita, 15,8% (56) na segunda visita, e 4,8% (17) na terceira visita, totalizando 444 visitas realizadas.

De um modo geral fomos muito bem recebidos pela população. Houve apenas uma recusa inicial, em que o filho, morador de uma favela (próxima da Rodovia dos Imigrantes), negou-se a responder. Numa segunda tentativa, duas vizinhas responderam ao questionário. Na maioria dos casos, as pessoas demonstraram gostar de falar sobre a falecida, havendo casos em que os familiares até nos agradeciam, quando terminávamos as questões.

Dos casos, cujas famílias residiam em favelas, conseguiu-se 97,6%, isto é, apenas um caso não foi possível encontrar. De um modo geral, é difícil a penetração numa favela por pessoas estranhas, porém, durante toda essa investigação, não tivemos problemas ao adentrarmos nas favelas, sempre procurando nos identificar como "Trabalhadores da Saúde".

3.4.5 OBTENÇÃO DE DADOS MÉDICOS (Hospital e I.M.L.)

O questionário com dados clínicos foi preenchido nos hospitais e clínicas, tanto de Diadema, quanto de outros Municípios (São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Santo André e São Paulo).

No decorrer da pesquisa, pode ser verificado que, segundo os atestados, 278 óbitos ocorreram em 54 hospitais, assim distribuídos: cinco de Diadema, oito de São Bernardo do Campo, um de São Caetano do Sul, dois de Santo André, um de Franco da Rocha e trinta e sete de São Paulo.

Foram todos visitados e somente um hospital de São Paulo não permitiu a coleta de dados relativos a dois casos lá ocorridos. Em um hospital, também de São Paulo, não foi possível o acesso, visto estar sob intervenção do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

Dos 34 casos com laudo de necrópsia dos Institutos Médico Legais de Diadema e de São Bernardo do Campo, houve perda significativa, isto é de 41,2% (14 casos), devido ao extravio de declarações quando da mudança do serviço de São Bernardo do Campo para a Delegacia de Diadema, realizada antes desta Investigação. Um caso não foi pesquisado, visto que o laudo deveria estar em Nova Odessa, onde ocorreu o acidente ou em Campinas, sede da região (distante de Diadema mais de 100 km) (Quadro 1).

3.4.6 SELEÇÃO DE CAUSAS BÁSICAS

Para todos os óbitos foi realizada a seleção das causas básicas e associadas, segundo:

1ª) a opinião do investigador (atestado refeito), os óbitos tiveram suas causas codificadas nas informações adicionais do questionário domiciliar, prontuário hospitalar e laudo do IML; e

2ª) análise de especialistas do Centro Brasileiro de Classificação de Doenças da Faculdade de Saúde Pública da USP, que codificaram os casos, segundo os dados da Declaração de Óbito (informação oficial).

As causas foram codificadas, segundo a lista tabular da Classificação Internacional de Doenças (CID) - 9a. Revisão, 1975 (MANUAL, 1980) e este procedimento objetivou a comparação entre a Declaração de Óbito original e a refeita, após a obtenção de informações adicionais.

3.4.7 CODIFICAÇÃO, APURAÇÃO E APRESENTAÇÃO

Os dados contidos nos questionários (domiciliar, hospitalar e do IML) foram codificados e passados para planilhas. Os casos foram processados eletronicamente, sendo que os

resultados obtidos estão apresentados em gráficos e tabelas. Para facilidade de apresentação, nos títulos destes:

1ª) a distribuição dos óbitos significará sempre por número e percentual, quando além dessas modalidades tiver coeficientes, estes serão especificados;

2ª) o período estudado - julho de 1985 a junho de 1986 - será representado apenas por 1985/86;

3ª) "residentes em Diadema", apenas por Diadema. Os dados de população utilizados foram obtidos na FSEADE e estimados para o meio do período estudado, isto é 1ª de janeiro de 1986. Sua distribuição segundo idade é apresentada na Tabela 2.

**Tabela 2 - POPULAÇÃO FEMININA DE 10 ANOS E MAIS, DIADEMA -
1985/1986**

Grupo Etário	nº
10 - 14	17.835
15 - 19	16.610
20 - 29	38.782
30 - 39	25.976
40 - 49	14.371
50 - 59	7.927
60 - 69	3.861
70 e +	1.682
Total	127.044

Fonte: FSEADE

Para cálculo dos coeficientes foram considerados os nascidos vivos de julho de 1985 a junho de 1986 (meses do estudo), totalizando 7.604 nascidos vivos nesse período.

Os resultados apresentados referem-se aos 327 casos que se constituíram no material da investigação - mortes de mulheres de 10 anos e mais, residentes em Diadema, cujo óbito ocorreu entre julho de 1985 e junho de 1986.

Serão apresentados em:

1. Análise da mortalidade de todas as mulheres onde foram estudadas:

- . características pessoais;
- . características sócio-econômicas;
- . características de saúde;
- . características do Óbito;

2. Análise da mortalidade das mulheres em idade fértil, onde foi revista a mortalidade materna e especificamente das mulheres que faleceram grávidas, durante e até um ano após o parto.

3. Verificação da fidedignidade das estatísticas oficiais quanto as causas de morte.

4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ANÁLISE DA MORTALIDADE DE TODAS AS MULHERES

4.1.1 CARACTERÍSTICAS PESSOAIS

. IDADE

A variável mais associada a problemas específicos de saúde é a idade. Desde os problemas da adolescência, as complicações da gestação e do parto até as enfermidades degenerativas da velhice, a mulher está exposta a uma ampla gama de riscos para sua saúde. As Causas Externas atingem principalmente, a mulher jovem. Na vida adulta, a mulher requer atenção especial para os problemas relacionados com sua função reprodutiva. A deficiente assistência à gravidez e ao parto afeta não só a mortalidade materna como a perinatal e a neonatal. Nas faixas mais elevadas aparecem as enfermidades cardiovasculares e os tumores. Portanto, o conhecimento do peso relativo de determinados grupos de idade é útil para definir a prioridade dos distintos programas de Saúde Pública, o tipo de recursos humanos e materiais que se requer para atender às necessidades da população e os temas de investigação em saúde mais pertinentes às condições de cada país (LOPEZ, 1984).

Ao analisar-se a idade das mulheres de Diadema por ocasião do óbito, verifica-se que o maior percentual - cerca de 64,0% (Tabela 3) - ocorreu no grupo acima dos 50 anos, estando a maior concentração na faixa de 70 a 79 anos - 19,0%. Das nove

mulheres que faleceram acima de 90 anos, uma delas - a mais velha faleceu com 110 anos.

Mais de 1/3 dos óbitos (36,1%) acometeu mulheres de 10 a 49 anos (Tabela 3 e gráfico 2). Cumpre notar que as duas primeiras faixas etárias foram apresentadas separadamente para permitir também o cálculo desse grupo, utilizando o limite inferior igual a 15 anos. Esta distribuição tornou possível o cálculo dos coeficientes de mortalidade para cada faixa etária (Tabela 3 e Gráfico 1).

Tabela 3 - DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS E COEFICIENTES DE MORTALIDADE DE MULHERES, SEGUNDO IDADE, DIADEMA - 1985/6

Grupo Etário	Nº	%	Coef./*
10 a 14	6	1,8	33,6
15 a 19	9	2,7	54,2
20 a 29	33	10,1	85,1
30 a 39	42	12,9	161,7
40 a 49	28	8,6	194,8
50 a 59	45	13,8	567,7
60 a 69	59	18,0	1528,1
70 e +	105	32,1	6242,6
TOTAL	327	100,0	257,4

*por 100.000 mulheres

GRÁFICO 1 - COEFICIENTES DE MORTALIDADE DE MULHERES, SEGUNDO IDADE, DIADEMA - 1985/6

GRUPO ETÁRIO

**GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS
DE MULHERES, SEGUNDO IDADE, DIADEMA -
1985/6**

Dentre as mulheres em idade fértil, proporcionalmente, a maior concentração de óbitos está no grupo de 30 a 39 anos. Comparando-se os coeficientes de mortalidade aqui encontrados com aqueles de LAURENTI e col., 1988, verifica-se que foram semelhantes nos dois primeiros grupos (de 10 a 14 e de 15 a 19 anos). Nos dois seguintes, Diadema superou o município de São Paulo, apresentando no último grupo comparado (40 a 49 anos) coeficiente bem inferior ao do município de São Paulo (194,8 e 307,0/cem mil mulheres). Isso leva a crer que as mulheres de Diadema estão morrendo mais precocemente (20 a 39 anos).

NATURALIDADE

CAMARGO e col., 1975, observaram na Grande São Paulo que 52,5% da população eram "pessoas não naturais do município onde residiam". Considerando-se as famílias dessas pessoas, mesmo quando se incluíam somente os descendentes de 1a. geração, a população "migrante" representava mais de dois terços dos habitantes da metrópole. Quanto à naturalidade das mulheres estudadas, 33,1% eram naturais do próprio Estado de São Paulo, incluindo nove nascidas em Diadema (Tabela 4 e gráfico 3) sendo que uma delas nasceu quando o Município ainda era um bairro de São Bernardo do Campo; portanto, 66,9% eram oriundas de outros locais.

Ao tornar-se polo de atração, com ofertas de empregos, Diadema favoreceu a migração de pessoas jovens, vindas de outros locais do Estado de São Paulo e de outros estados, tais como: Minas Gerais, Bahia, Pernambuco e outros estados do Nordeste e

mais recentemente do Paraná. (VIANNA, 1981) O efeito da migração depende da capacidade do centro urbano receptor de proporcionar à população, que a ela se integra, a possibilidade de emprego e as facilidades de moradia, saneamento básico e serviços sociais, especialmente os de saúde. Quando estas necessidades não se satisfazem, a migração pode dar lugar a populações marginais pobres, expostas a prejuízos de saúde equivalentes aos que sofrem em seu lugar de origem ou piores. É o que acontece, ainda hoje, quando continuam chegando pessoas e mesmo famílias de outros locais.

Outro problema é a adaptação a um meio com padrões culturais diferentes, o que se torna especialmente difícil quando a migração se produz diretamente do campo para as grandes cidades. O migrante deve então por em prática novas estratégias de sobrevivência, mudar seus hábitos, tais como os alimentares, e trabalhar em serviços para os quais não tem preparo.

Tabela 4 - DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES, SEGUNDO IDADE E LOCAL DE NASCIMENTO, DIADEMA -1985/6

Idade	Local de Nascimento														
	Regiões do Brasil														
	Estado de S.Paulo				Regiões do Brasil										
	Diadema Outras Cidades				Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste*		Sul		Outros Países		Ign
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº
TOTAL															
nº %**															
10 a 14	3	33,3	1	1,0	1	1,0	-	-	-	-	1	7,7	-	-	6 1,8
15 a 19	2	22,2	4	4,0	1	1,0	-	-	2	2,4	-	-	-	-	9 2,8
20 a 29	3	33,3	7	7,1	14	13,8	-	-	7	8,3	2	15,4	-	-	33 10,1
30 a 39	-	-	9	9,1	17	16,8	-	-	11	13,1	4	30,7	1	5,3	42 12,8
40 a 49	-	-	7	7,1	10	9,9	1	100,0	9	10,7	1	7,7	-	-	28 8,6
50 a 59	-	-	12	12,1	15	14,9	-	-	16	19,0	-	-	1	1	45 13,8
60 a 69	-	-	23	23,3	15	14,9	-	-	15	17,9	3	23,1	3	15,8	59 18,0
70 a 79	1	11,1	21	21,2	19	18,8	-	-	15	17,9	1	7,7	5	26,3	62 18,9
80 a 89	-	-	12	12,1	7	6,9	-	-	8	9,5	-	-	7	36,8	34 10,4
90 a 99	-	-	2	2,0	2	2,0	-	-	1	1,2	-	-	2	10,5	7 2,1
100 e +	-	-	1	1,01	-	-	-	-	-	-	1	7,7	-	-	2 0,6
TOTAL	9	100,0	99	100,0	101	100,0	1	100,0	84	100,0	13	100,0	19	100,0	327 100,0
%***	(2,7)		(30,4)		(31,0)		(0,3)		(25,8)		(4,0)		(5,8)		(100,0)

* exceto aquelas nascidas no Estado de São Paulo.
** os percentuais foram calculados sobre o total de casos com informação conhecida.
***os números entre parenteses referem-se aos percentuais calculados na linha.

**GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS DE
MULHERES, SEGUNDO LOCAL DE NASCIMENTO,
DIADEMA - 1985/6**

Em segundo lugar, aparecem as nascidas na Região Nordeste, (principalmente em Pernambuco e na Bahia), que representaram 31,0% da população considerada (Gráfico 3). As mulheres nordestinas apresentaram também a maior concentração (42,6%) de óbitos até 50 anos, comparando-se com as advindas de outras regiões.

Em terceiro lugar, as mulheres nascidas em outros estados da Região Sudeste - 25,8%, sendo que destas, com exceção de uma do Espírito Santo, as demais 83 eram provenientes do Estado de Minas Gerais.

Cabe salientar que as mulheres que imigraram perfaziam 5,8% do total; destas, 68,4% eram provenientes da Europa, sendo importante notar que a maior concentração dessas mulheres estava no grupo de 60 anos e mais (89,5%). (Tabela 4)

. TEMPO DE RESIDÊNCIA EM DIADEMA

Com relação ao tempo de residência em Diadema, 58,7% das mulheres falecidas moravam naquela cidade há mais de 10 anos. Dessas, 35,8% eram do próprio Estado de São Paulo, seguidas pelas oriundas dos estados do Nordeste que representavam 28,4% dessa população. Considerando-se as mulheres que estavam há menos de um ano em Diadema, 42,8% eram advindas dos estados do Nordeste (Tabela 5 e Gráfico 4).

Tabela 5 - DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES, SEGUNDO TEMPO DE RESIDÊNCIA E LOCAL DE NASCIMENTO,

DIADEMA - 1985/1986

Local de Nascimento	Tempo de Residência (anos)										TOTAL	
	0 a 1		1 a 4		5 a 9		10 e +		Ignorado			
	n ^a	%	n ^a	%	n ^a	%	n ^a	%	n ^a		n ^a	%***
Est.S.Paulo*	5	23,8	15	34,9	18	30,0	63	35,8	7		108	33,7
Sudeste**	5	23,8	6	14,0	19	31,7	47	26,7	7		84	25,7
Nordeste	9	42,8	14	32,5	17	28,3	50	28,4	11		101	30,0
Sul	1	4,8	3	7,0	4	6,7	4	2,3	1		13	4,0
Centro-Oeste	-		-		-		1	0,6	-		1	0,3
Outros Paises	1	4,8	5	11,6	3	3,3	11	6,2	-		19	6,3
Ignorado	-		-		-		-		1		1	
TOTAL	21	100,0	43	100,0	60	100,0	176	100,0	27		327	100,0
%****	(7,0)		(14,3)		(20,0)		(58,7)				(100,0)	

*inclusive nove nascidas em Diadema

**exceto as do Estado de São Paulo

***os percentuais foram calculados sobre o total de casos com informação conhecida

****os números entre parênteses referem-se aos percentuais calculados na linha.

Nota-se que a migração continuou, visto que mais de 40% do total de mulheres, que chegaram a óbito, estabeleceram-se em Diadema até dez anos antes de falecer (Tabela 5).

GRÁFICO 4 - DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES, SEGUNDO TEMPO DE RESIDÊNCIA E LOCAL DE NASCIMENTO, DIADEMA - 1985/6

. ESTADO CONJUGAL

Resolveu-se estudar o estado conjugal (segundo o respondente), ao invés do estado civil, a fim de se obter uma situação familiar e sócio-econômica mais próxima da realidade. Partiu-se do pressuposto, que muitas mulheres casadas não viviam com o marido, e em contra-partida, outras tidas como solteiras ou viúvas, viviam com um companheiro, o que na maioria das vezes influia, não só na sua posição familiar, como na situação sócio-econômica de toda a família. Portanto, considerou-se mulher casada, aquela que vivia com marido ou companheiro.

Tabela 6 - DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES, SEGUNDO ESTADO CONJUGAL E IDADE, DIADENA - 1985/6

	:	Grupo Etário								:	
Estado	:									:	
Conjugal	:	10 a 14		15 a 19		20 a 49		50 e +		:	TOTAL
	:	nº %		nº %		nº %		nº %		:	nº %*
Casadas	:	-		2	22,2	68	66,0	68	32,9	:	138 42,5
Solteiras	:	6	100,0	7	77,8	19	18,4	10	4,8	:	42 12,9
Viúvas	:	-		-		5	4,9	108	52,1	:	113 34,8
Separadas	:	-		-		11	10,7	21	10,1	:	32 9,8
Ignorado	:	-		-		-		2		:	2
TOTAL	:	6	100,0	9	100,0	103	100,0	209	100,0	:	327 100,0

* os percentuais foram calculados sobre o total de casos com informação conhecida.

Ao analisar-se a Tabela 6, verifica-se que o maior percentual de mulheres falecidas (42,5%) eram casadas. Essas foram seguidas pelas viúvas que representaram 34,8%, fato que, por certo, estava associado ao fator idade da população de estudo.

Considerando-se as variáveis grupo etário e estado conjugal nota-se a maior concentração entre as viúvas com 50 anos ou mais (52,1%).

JACOBS, 1986, mostrou que as mulheres americanas vivem em média oito anos mais que os homens, casam-se com homens três anos mais velhos; entretanto, a média do tempo que as mulheres permanecem viúvas é de aproximadamente onze anos. Esse fato seria um possível fator explicativo do elevado número de viúvas naquela população, o que poderia se reproduzir para outros locais, inclusive Diadema, sendo semelhante a ordem das causas de morte no grupo considerado.

. HÁBITO DE FUMAR

Quanto ao hábito de fumar, nota-se que 36,8% das mulheres falecidas estavam inseridas nesse grupo (Tabela 7). Aqui também foram consideradas, aquelas que pararam de fumar até um ano antes do óbito (12,3%). Isto porque, segundo sua própria história, já tinham sido prejudicadas pelo fumo.

LOPEZ, 1984 verificou que uma tendência adversa é o aumento da popularidade do cigarro entre as mulheres. Este impacto nos padrões da mortalidade feminina é particularmente evidente nas taxas de câncer de pulmão, as quais estão aumentando proporcionalmente mais depressa nas mulheres que nos homens. Nos Estados Unidos, em 1960, essa taxa era 7,5 vezes maior nos homens que nas mulheres. Nos anos de 1970 caiu para 4 vezes e parece continuar declinando na década de 80. Esta tendência comportamental deve ser considerada como fator de risco associado com outras doenças, tais como as doenças coronarianas (hipertensão, aumento de lipídios no sangue) e câncer de um modo geral.

Segundo MASIRONI e ROTHWELL, 1988, entre 1970 e 1985 o consumo de cigarro caiu nos países desenvolvidos e ao contrário, tem aumentado o consumo em muitos países em desenvolvimento.

Tabela 7 -DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES, SEGUNDO HÁBITO DE FUMAR E IDADE, DIADEMA - 1985/6

Hábito de Fumar	Grupo Etário								TOTAL	
	10 - 14		15 - 19		20 - 49		50 e +			
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%*
Fumava	-		3	33,3	44	45,8	67	33,6	114	36,8
cigarro comum	-		3	100,0	42	100,0	41	74,6	86	
cachimbo	-		-		-		8	14,5	8	
cigarro palha	-		-		-		5	9,1	5	
mascava fumo	-		-		-		1	1,8	1	
sem informação	-		-		2		12		14	
Não fumava	6	100,0	6	66,7	52	54,2	132	66,4	196	63,2
Ignorado	-		-		7		10		17	
TOTAL	6	100,0	9	100,0	103	100,0	209	100,0	327	100,0

* os percentuais foram calculados sobre o total de casos com informação conhecida.

* os percentuais foram ajustados para 100%.

Ao comparar-se com o estudo de LAURENTI e col. 1988, os quais encontraram 40,5% de mulheres de 10 a 49 anos que fumavam em Diadema, considerando-se o mesmo grupo etário, encontrou-se 42,3% de fumantes.

Analisando o hábito de fumar, segundo grupos etários, a Tabela 7 mostra que das mulheres acima de 50 anos que fumavam,

25,4% fumavam cachimbo, cigarro de palha e/ou mascavam fumo; hábitos estes conservados por 7,0% do total daquele grupo etário. Considerando-se o hábito de fumar por grupo etário, verifica-se que o maior percentual (45,8%) está no grupo de 20 a 49 anos.

Verificou-se entre as mulheres deste estudo, que a escolaridade é diretamente proporcional ao hábito de fumar, isto é o menor percentual das que fumavam (37,7%) estava entre as mulheres sem instrução e o maior (50,0%) entre as que cursaram o técnico ou colegial.

. HÁBITO DE BEBER

As mulheres que bebiam e as que beberam e haviam parado antes de morrer foram reunidas em um único grupo, com base no pressuposto que os danos causados pela bebida ao organismo já tinham tido seu efeito nocivo.

Segundo SEELEY Jr., 1988, em estudo realizado na população de 20 anos e mais do Canadá, durante os últimos 50 anos, verificou que as mortes por cirrose de fígado, apesar de seu baixo número, estão aumentando rapidamente e oscilam com o consumo médio de álcool.

Com relação à variável hábito de beber, obteve-se 35 (11,3%) respostas positivas. Alguns respondentes alegaram que as

mulheres tinham o hábito de beber, mas o deixaram há menos de um ano antes de morrer: duas porque foram internadas; uma porque tinha dores de estomago; outra parou após "benção de um crente" e uma delas, a família não soube dizer porque parou de beber. Portanto, 40 mulheres bebiam ou tinham bebido, o que significa 12,9% da população com resposta conhecida.

Comparando os achados de LAURENTI e col. 1988 que encontraram na sua população de estudo 8,8% de mulheres que faziam uso regular do álcool, Diadema apresenta, no mesmo grupo etário, percentual bem superior aquele (23,4%). A maior concentração (65,7%) estava entre as mulheres de 20 a 49 anos (Tabela 8).

Entre as bebidas, a pinga era a de maior preferência (91,,4%) só ou associada ao vinho, cerveja e até ao álcool.

Tabela 8 - DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES, SEGUNDO HÁBITO DE BEBER E IDADE, DIADENA - 1985/6

Hábito	:					:
de	:	Idade				:
Beber	:	10 - 14	15 - 19	20 - 49	50 e +	TOTAL
	:	nº %	nº %	nº %	nº %	nº %*
Bebiam	:	-	2 22,2	24 25,0	14 7,0	40 12,9
x**	:		(5,7)	(65,7)	(28,6)	(100,0)
pinga	:	-	2	19	7	28
+ outras	:					
bebidas	:	-	-	3	1	4
vinho	:	-	-	1	1	2
cerveja	:	-	-	-	1	1
sem	:					
informação	:	-	-	1	4	5
Não	:	6 100,0	7 77,8	72 75,0	185 93,0	270 87,1
bebiam	:					
%	:	(2,2)	(2,6)	(26,7)	(68,5)	(100,0)
Ignorado	:	-	-	7	10	17
TOTAL	:	6 100,0	9 100,0	103 100,0	209 100,0	327

*Os percentuais foram calculados sobre o total de casos com informação conhecida.

**Os percentuais entre parênteses são somados na linha.

Apesar de terem sido obtidas respostas a essa variável em todos os questionários que foram preenchidos, considera-se muito subjetivo avaliar alcoolismo entre mulheres falecidas. Primeiro pela falta de parâmetros e segundo pela inferência dos respondentes. Assim sendo, resolveu-se aplicar o teste CAGE (MASUR

e MONTEIRO, 1983, MASUR e col., 1985 e SCHOFIELD, 1988) de triagem para detecção do alcoolismo.

Das 35 mulheres, cujos respondentes alegaram que bebiam, 24 apresentaram o CAGE positivo, isto é, duas ou mais respostas às questões padrões (descritas em Material e Métodos) foram positivas.

Apesar de não terem sido considerados CAGE positivos os casos abaixo são relatados devido às histórias conduzirem à presença do Hábito de Beber:

(caso 48) obteve-se uma resposta positiva e três "não sabia", o respondente citou que a mulher "passou a beber pinga e tudo o mais, depois que o filho morreu".

(caso 87) em que as quatro respostas foram "não sabia responder". Nesse caso, a vizinha falou que a falecida bebia e foi assassinada pelo marido, e que segundo os demais vizinhos ela estava embriagada.

Houve onze casos em que o CAGE mostrou-se negativo. A análise dos questionários domiciliares, evidenciou que em seis casos, os respondentes alegaram que a falecida "bebia só de vez em quando", "em festa", "vinho aos domingos". Porém desses, em dois casos, três e quatro respostas foram negativas, respectivamente; porém na questão: qual sua opinião sobre o óbito, obteve-se o seguinte:

(caso 261) em que a amiga respondeu: "HPS não podia beber nem fumar; ela estava muito alegre, bebendo vinho e conversando com o companheiro quando, de repente, caiu e levaram-na para o Pronto Socorro de Diadema e o médico ao vê-la achou que já estava morta".

(caso 219) em que a irmã respondeu que a mulher bebia pinga, porém respondeu negativamente a todas as questões do CAGE, mas disse que o médico avisou para LSM parar de beber.

O teste CAGE no presente trabalho, serviu para sugerir um alto índice de dependência alcoólica entre as mulheres falecidas de Diadema/SP, isto é 7,7% das mulheres que morreram, bebiam.

IACOPONI e col, 1989 encontraram 3% de mulheres com CAGES positivos na pesquisa realizada em unidades sanitárias da cidade de São Paulo.

Provavelmente neste estudo, a prevalência da dependência de álcool (7,7%) está superestimada, devido à população ser de óbitos e não de mulheres vivas.

4.1.2 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS

. ESCOLARIDADE

A escolaridade é um indicador sócio-econômico amplamente usado, porém discute-se se o nível de instrução serve somente de indicador de uma situação sócio-econômica e cultural ou se é um fator determinante dessa situação (OPAS, 1985).

As mulheres na América Latina e no Caribe, por exemplo, recebem menos ensino formal que os homens e representam um elevado percentual (60 a 80%) do total da população analfabeta. O problema é especialmente insidioso e prevalente porque a educação é considerada como o primeiro passo para sair de casa, no entanto esta, tradicionalmente, é o lugar da mulher (OPAS, 1983).

A entrada tardia da mulher no sistema de ensino e a preferência demonstrada pelos pais em educar seus filhos homens melhor que suas filhas, significou um maior número de mulheres analfabetas na população (OPAS, 1985).

Em Diadema a maioria das mulheres falecidas (51,4%) não tinha qualquer escolaridade. Apenas 2,0% chegaram a concluir o Colegial ou o Curso Técnico, isto é o segundo grau (Tabela 9).

Tabela 9 - DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES, SEGUNDO ESCOLARIDADE E IDADE, DIADEMA - 1985/6

Escolaridade	Idade (Anos)				TOTAL
	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 e +	
	nº %	nº %	nº %	nº %	nº %**
nenhuma	1* 16,7	1* 11,1	26 27,1	126 66,7	154 51,4
até a 4ª s.	4 66,6	3 33,3	59 61,5	61 32,3	127 42,3
até a 8ª s.	1 16,7	5 55,6	6 6,2	1 0,5	13 4,3
técnico/ colegial	-	-	5 5,2	1 0,5	6 2,0
ignorada	-	-	7	20	27
TOTAL	6 100,0	9 100,0	103 100,0	209 100,0	327 100,0

* deficiente mental

** os percentuais foram calculados sobre o total de casos com informação conhecida.

O nível de escolaridade revela uma situação bastante grave na medida em que mais da metade das mulheres era analfabeta, fato esse que, somado à classe seguinte, relativa ao Primeiro Grau - até a 4a. série (antigo Curso Primário), soma 93,7% da população estudada. (Tabela 9 e Gráfico 5) Chama a atenção o fato de que, deste grupo (mulheres que estudaram até a 4ª série), 22,7% não haviam terminado o curso. Esse número é sem dúvida, um indicativo direto da baixa situação de instrução entre as mulheres de Diadema.

Nos dois grupos mais jovens (10 a 14 e 15 a 19 anos), excetuando-se as duas mulheres sem escolaridade (deficientes

**GRÁFICO 5 -DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS DE
MULHERES, SEGUNDO ESCOLARIDADE E IDADE,
DIADEMA - 1985/6**

mentais), as demais (66,6% e 33,3% respectivamente) tinham até a 4a. série e (16,7% e 55,6% respectivamente) até a 8a. série. Deve ser lembrado que a maioria dessas mulheres era de estudantes por ocasião do óbito, o que mostra que o nível de escolaridade entre as mulheres de Diadema poderia estar em ascensão (Gráfico 5).

Imaginando-se que a educação seja primordial em matéria de saúde, ao preparar-se a mulher para ler, escrever, aprender sobre a saúde e atender adequadamente a sua própria pessoa e aos seus, a educação das mulheres resulta num aporte vital ao bem estar da família (OPAS, 1983). Uma maior instrução vai acompanhada de acesso a empregos de melhor categoria e maior responsabilidade. Além disso, a mulher instruída poderá ter uma atitude mais moderna frente aos valores culturais que propiciem um adequado planejamento de sua família. Em termos de saúde, uma mulher instruída pode entender mais e aceitar em maior grau a educação em saúde e provavelmente cumprir com mais responsabilidade as medidas pertinentes ao controle, à prevenção ou ao tratamento das enfermidades. Também terá maior capacidade para administrar o pressuposto familiar e para alimentar mais adequadamente sua família (OPAS, 1985).

. ATIVIDADE REMUNERADA

Outra condição que influi muito na saúde da mulher é seu emprego. Entre outras coisas, as mulheres estão expostas a um grande número de riscos de saúde por motivos do trabalho. Por

inúmeras razões, incluídos os costumes arraigados e a educação deficiente, recebem remuneração insuficiente e não têm acesso aos postos mais bem pagos e de maior prestígio. Esta circunstância, do mesmo modo que a educação inferior, afeta diretamente a saúde da mulher (OPAS, 1983).

Nos Estados Unidos a força de trabalho feminino representa 42% do total (US DEPARTMENT OF LABOR, 1983). Na Inglaterra, em 1985, as mulheres constituíam 40% da força de trabalho (ROMAN, 1985). No Brasil, no período de 1976 a 1984 a incorporação da mulher na força de trabalho aumentou de 29% para 33% (INDICADORES, 1986).

Quanto à situação de trabalho do grupo estudado, pode-se observar que apenas 13,9% das mulheres estavam exercendo alguma função por ocasião do óbito (Tabela 10 e Gráfico 6).

Observa-se que entre as mulheres que trabalhavam fora do lar, 51,1% eram empregadas domésticas, assim consideradas aquelas que tomavam conta de crianças, lavavam roupa ou eram faxineiras, além das empregadas domésticas propriamente ditas (Tabela 10 e Gráfico 7).

Muito comum, em Diadema, eram as mulheres que trabalhavam por empreitada em sua própria casa. Este grupo foi representado por mulheres que costuravam peças de roupa para indústria de confecção, vestiam bonecas, faziam doces e salgados.

**GRÁFICO 6 - DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS
DE MULHERES, SEGUNDO ATIVIDADES,
DIADEMA - 1985/6**

Essas mulheres foram categorizadas em "outras atividades" e representaram 11,1% da população de falecidas que trabalhava.

Apenas 4,4% tinham melhor situação de trabalho. Uma, era proprietária de um bar-mercearia e a outra professora primária. O mesmo percentual se repetiu para as costureiras, isto é 4,4% (Gráfico 7).

Com relação aos grupos etários, a maior concentração (62,2%) dentre as que trabalhavam estava entre 20 e 49 anos (Tabela 10).

Das mulheres desse estudo, 86,1% estavam sem atividade remunerada fora ou dentro do lar, por ocasião do óbito. (Tabela 10) Nesse aspecto, BRODBER, 1982 chama a atenção para o fato que a imagem da mulher como pessoa capaz só de cumprir com sua função reprodutiva e de ocupar-se dos afazeres domésticos, representa um poderoso mecanismo para mantê-la nessa posição, embora seu papel no desenvolvimento social e econômico seja tão vital e funcional quanto o do homem.

Dentre as afastadas do serviço, por ocasião do óbito (33,1%), 80,4% pertenciam ao grupo acima de 50 anos. As afastadas estavam distribuídas em: aposentadas (72,9%), desempregadas (14,0%) e de licença 2,8%. (Tabela 10). Em 11 casos (10,3%) o informante sabia que a mulher tinha trabalhado, mas não sabia qual era sua situação profissional imediatamente anterior ao óbito.

Era muito pequeno o número de mulheres aposentadas, que havia voltado a trabalhar (6,3%). Eram faxineiras, tomavam conta de crianças, costuravam ou faziam doces e salgados para fora.

Para VERBRUGGE e MADANS, 1985 mulheres com saúde deficiente têm dificuldade em encontrar e se manter no trabalho, e algumas mulheres empregadas que desenvolvem sérios problemas de saúde decidem parar de trabalhar ou são obrigadas a isso. Mas é também possível que os recursos, contatos e as habilidades que o trabalho oferece, sejam por si só benefícios à saúde. Entre as mulheres não empregadas, a falta dessas recompensas deve diminuir sensivelmente seu bem estar físico. As mulheres não empregadas, tipicamente, também têm maior parte do tempo disponível para cuidar de doenças, exceto quando têm filhos pequenos.

Tabela 10 - DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES, SEGUNDO ATIVIDADES REMUNERADAS E IDADE, DIADEMA - 1985/6.

Atividade Remunerada	Grupo Etário				TOTAL	
	10 - 14 nº	15 - 19 nº	20 - 49 nº	50 e + nº	nº	%*
Em atividade ***	2 (4,4)	4 (8,9)	28 (62,2)	9 (24,5)	43	13,9 (100,0)
Escriturária	-	2	2	1	5	11,1
Empregada Dom.	2	-	14	7	23	51,1
Industriária	-	2	5	1	8	17,9
Profª/Comerc.	-	-	2	-	2	4,4
Costureira	-	-	2	-	2	4,4
Outras Atividades	-	-	3	2	5	11,1
Sem Atividade	4	3	52	112	171	53,0
Afastadas %	-	2 (1,9)	19 (17,7)	86 (80,4)	107	33,1 (100,0)
Aposentada	-	-	3	75	78	72,9
Desempregada	-	2	10	3	15	14,0
De Licença	-	-	3	-	3	2,8
Sem informação	-	-	3	8	11	10,3
Ignorada	-	-	4	-	4	
TOTAL	6	9	103	209	327	

* os percentuais foram calculados sobre o total de casos com informações conhecida.

**os percentuais entre parênteses são somados na linha

GRÁFICO 7 - DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES, SEGUNDO ATIVIDADES REMUNERADAS DIADEMA, 1985/6

. REMUNERAÇÃO

Com relação à remuneração, pode-se observar que 45,6% das mulheres do estudo recebiam alguma remuneração, sendo que 92,2% dessas recebiam até um salário mínimo por mês (Tabela 11).

Além daquelas aposentadas por tempo de serviço ou por doença(3,6%), 28,1% das mulheres acima de 50 anos recebiam uma pensão de meio salário mínimo. Vale ressaltar que o Departamento de Promoção Social da Prefeitura de Diadema se empenha em orientar e auxiliar as pessoas nos trâmites, junto à previdência social, para regularização de papéis e obtenção da aposentadoria.

Essa situação não é diferente daquela apresentada no Brasil, em 1980, onde mais de 50% das mulheres participantes da população economicamente ativa (PEA) não tiveram rendimento mensal superior a um salário mínimo (INDICADORES, 1986).

O grande número de empregadas domésticas desempenhando atividades remuneradas (20% da PEA feminina brasileira) contribui para que a fração de trabalhadores recebendo baixos salários seja muito maior para o sexo feminino (INDICADORES, 1986). Entre a população estudada esse grupo foi de 51,1%.

Tabela 11 - DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES, SEGUNDO REMUNERAÇÃO, DIADEMA - 1985/6

Remuneração	Grupo Etário				TOTAL	
	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 e +	n°	%*
Recebiam	2	5	43	90	140	45,6
0 — 1/2	2	1	11	66	80	57,2
1/2 — 1	-	3	25	21	49	35,0
1 — 2	-	1	5	3	9	6,4
2 e +	-	-	2	-	2	1,4
Sem remuneração	4	4	52	107	167	54,4
Ignorada	-	-	8	12	20	
TOTAL	6	9	103	209	327	100,0

* percentuais foram calculados sobre o total de casos com informação conhecida.

. RENDA "PER CAPITA" E MORADIA

Ao se estudar a variável renda "per capita" (relação de salário por pessoa na casa da falecida), por ocasião do seu óbito, verifica-se que 91,1% viviam com até dois salários mínimos, sendo que a maior concentração (66,7%) é do grupo que recebia até um salário mínimo por mês, o que mostra que a população era de baixa renda. Apenas 2,8% da população estudada vivia com mais de três salários mínimos por mês (Tabela 12).

Para melhor caracterizar a população estudada, resolveu-se analisar a renda "per capita" por situação de moradia, verificando-se que apesar da renda ser muito baixa, 52,1% moravam em terreno individual. Observou-se que 86,1% das moradoras em favelas e 66,7% da população em geral viviam com até um salário (Tabela 12 e Gráfico 8), mostrando o baixo nível sócio-econômico do grupo em questão.

Tabela 12 - DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES, SEGUNDO SALÁRIO POR PESSOA NA CASA E SITUAÇÃO DA MORADIA, DIADEMA - 1985/6.

Situação de Moradia	Salário por Pessoa					TOTAL	
	0 1	1 2	2 3	3 e +	Ignorado		
	n°	n°	n°	n°		n°	%*
Casa em :							
Terreno Individual	87	41	12	4	15	159	52,1
%**	(60,4)	(28,5)	(8,3)	(2,8)	-	(100,0)	
Terreno Coletivo	62	18	4	1	6	91	29,8
%	(72,9)	(21,2)	(4,7)	(1,2)		(100,0)	
Apartamento	3	2	-	3	-	8	2,6
%	(37,5)	(25,0)		(37,5)		(100,0)	
Barraco em :							
Terreno Individual	3	2	1	-	-	6	2,0
%	(50,0)	(33,3)	(16,7)			(100,0)	
Terreno Coletivo (favela)	31	5	-	-	5	41	13,5
%	(86,1)	(13,9)				(100,0)	
Ignorada	-	-	-	-	22	22	-
TOTAL	186	68	17	8	48	327	100,0
%	(66,7)	(24,4)	(6,1)	(2,8)		(100,0)	

*os percentuais foram calculados sobre informações conhecidas.

** Os percentuais são somados na linha.

GRÁFICO 8 - DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES, SEGUNDO SALÁRIO/PESSOA NA CASA E SITUAÇÃO DE MORADIA, DIADEMA - 1985/6

Com relação ao imóvel 57,4% responderam que moravam em casa própria e quitada; 19,7% pagavam aluguel; 7,5% em imóvel cedido por familiares ou amigos (incluídos aqui os casos daquelas mulheres que moravam em terreno coletivo, pertencentes ao filho, ao genro, a algum familiar).

De um modo geral (65%) as falecidas moravam em ruas não pavimentadas.

Quanto a situação da moradia, 52,1% viviam em casa em terreno individual; 29,8% viviam em terreno coletivo, isto é mais de uma casa dividindo o mesmo quintal; esta situação é muito comum: principalmente numa mesma família, os pais e os filhos casados, cada seguimento familiar em seu núcleo com cozinha e banheiro próprio. Em terceiro lugar vem aquela população que residia nas favelas, 13,5%, cujas condições de habitação e higiene são precárias devido as próprias circunstâncias, assim como 2,0% que moravam em barraco, porém em terreno individual. Apenas 2,6% das mulheres falecidas moravam em apartamentos (Tabela 12).

Em 1978, a população que morava em favelas em Diadema era estimada em 8,6%, (VIANNA, 1981). Atualmente, segundo dados colhidos na prefeitura, esta população representa cerca de um terço da população do Município, representando um aumento de 287%.

Quanto à construção, 80,6% tinham sua habitação de alvenaria. Com relação ao número de cômodos, 25,6% viviam em dois cômodos, sendo que a maior concentração (68,5%) viviam em moradias de três a quatro cômodos.

Da população estudada, 90,4% tinham água encanada dentro de casa. Mesmo na favela, a maioria dos barracos tinha pia com torneira no seu interior. No entanto, 7,0% da população pegava água em torneiras coletivas. Quanto a existência de banheiros, 76,4% possuíam vaso sanitário dentro de casa.

Em termos de higiene (pessoal, alimentar e habitacional), foi possível notar, por ocasião do inquérito domiciliar, grande diferença entre aqueles que são servidos de água dentro de casa e os que não o são.

Com relação à condição de moradia, as mulheres do estudo moravam com suas famílias (95,5%). As demais, sozinhas, no emprego ou estavam internadas em sanatórios.

4.1.3 CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE

. HISTÓRIA REPRODUTIVA

Segundo a definição internacional, (LAURENTI e col., 1987) a idade fértil da mulher situa-se entre os 15 e os 49 anos de idade. No entanto, pode iniciar-se em idades mais baixas como os 10 anos ou prolongar-se até os 55 anos. É frequente que, tanto no início como no fim deste período se produzam ciclos anovulatórios que, além de outras causas, determinam infertilidade ou esterilidade, de maneira que os limites do período fértil não podem definir-se com precisão pelos sinais da menstruação. Apesar de que a probabilidade de uma gravidez é muito baixa em meninas ou em mulheres maduras expostas às relações sexuais, quando ocorre, representa uma condição de alto risco de saúde tanto para a mãe quanto para o filho (OPAS, 1985).

Por se tratar de Saúde da Mulher, resolveu-se aqui destacar a história reprodutiva do grupo, assim sendo, foi feito um levantamento das mulheres, segundo a variável menstruação categorizada em "ainda não menstruadas"; "menstruadas" e "não mais menstruadas", sendo que esta última categoria foi desdobrada em "naturalmente" e "por histerectomia". O resultado obtido foi comparado com o grupo convencional "mulheres em idade fértil" (15 a 49 anos) e verificou-se que uma mulher com menos de 15 anos já era menstruada e uma com mais de 15 anos ainda não era menstruada

(Deficiente mental e física), conforme pode ser constatado na Tabela 13.

Oito mulheres, com menos de 50 anos, não eram mais menstruadas, destas, apenas duas tinham sido hysterectomizadas: uma delas com 32 anos - causa mortis Tumor Cerebral; e a outra com 37 anos, teve como causa mortis, Neoplasma maligno do colo do útero. (Carcinoma Epidermoide Invasor do Colo Uterino - estágio IV). Em contrapartida, cinco mulheres com mais de cinquenta anos ainda eram menstruadas.

Apesar dos dados apresentados na Tabela 13 mostrarem por um lado 102 mulheres com menstruação presente e por outro 112 mulheres em idade fértil (105 com resposta conhecida), resolveu-se manter o eixo classificatório "idade fértil", segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), isto é mulheres de 15 a 49 anos inclusive.

Tabela 13 - DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES, SEGUNDO IDADE E PRESENÇA DE MENSTRUACÃO, DIADEMA - 1985/6

Grupo Etário	Menstruação					Ign	Total	
	presente	ausente			nº		nº	‰*
	nº	ainda não nº	não mais nº	sub total nº				
10 a 14 %**	1 (16,7)	5	-	5 (83,3)	-	6	1,8 (100,0)	
15 a 49 %	96 (91,4)	1	8	9 (8,6)	7	112	34,3 (100,0)	
50 e + %	5 (2,6)	-	184	184 (97,4)	20	209	63,9 (100,0)	
TOTAL %	102 (34,0)	6	192	198 (66,0)	27	327	(100,0)	

*os percentuais foram calculados sobre o total de casos com informações conhecidas.

**os percentuais entre parênteses são somados na linha

Considerando-se a média de filhos tidos (nascidos vivos) por mulher, de cada grupo etário, tem-se um resultado esperado, isto é que o aumento da idade é diretamente proporcional ao número de filhos. Na Tabela 14 pode-se notar grande diferença entre os grupos de 30 a 34 anos (1,9 filhos/mulher) e o de 35 a 39 anos (4,9 filhos por mulher) (Tabela 14).

Comparando-se os achados com os de outros países (Colombia, Paraguai e Guiana) tem-se que Diadema apresenta os dois primeiros segmentos muito semelhantes àqueles (0,2 e 1,4 filhos por mulher) já os subsequentes apresentam-se mais baixos que nos

países comparados, embora sejam dados relativos à população viva (OPAS, 1985).

Tabela 14 - MÉDIA DO NÚMERO DE FILHOS NASCIDOS VIVOS, SEGUNDO IDADE DA MÃE AO FALECER, DIADEMA - 1985/6.

Grupo Etário	Média do número de filhos nascidos vivos
10 a 14	-
15 a 19	0,2
20 a 24	1,4
25 a 29	1,6
30 a 34	1,9
35 a 39	4,9
40 a 44	4,4
45 a 49	5,7
50 e +	6,0
Média	4,8

Dos casos com respostas conhecidas, 16,7% das mulheres tiveram natimortos. O mesmo percentual foi encontrado por TANAKA, 86 em município da região da Grande São Paulo. A proporção de natimortos foi de 0,9 por mulher do grupo em idade fértil.

Na análise da saúde reprodutiva da mulher deverá dar-se especial atenção ao problema do aborto induzido. Nos países latino-americanos, não é um meio legal de contracepção nos programas de planejamento familiar. No entanto, em alguns países sua prática ilegal constitui a alternativa principal para a anticoncepção, quando o acesso aos serviços de controle da fertilidade é restrito e ao mesmo tempo as condições culturais e sócio-econômicas tornam desejável ou necessária uma família pequena (OPAS, 1985).

Segundo os respondentes, 27,5% das mulheres com respostas conhecidas tiveram aborto. Este número está situado entre os achados da investigação realizada em cidades latino-americanas (Bogotá, Buenos Aires, Lima) onde o número de abortos por 100 mulheres entrevistadas variou de 24,4 em Lima a 34,4 em Buenos Aires (OPAS, 1985). A média de aborto entre as mulheres de Diadema foi de 0,5 aborto/mulher. Entre as mulheres em idade fértil, que tiveram pelo menos um aborto, a média foi de 1,5 aborto/mulher. As maiores concentrações de aborto foram entre aquelas que faleceram entre 25 a 29 anos (0,7 aborto mulher) e 40 a 44 anos, (0,8 aborto/mulher). No grupo acima de 50 anos a resposta deixa a desejar, visto o pouco conhecimento que a maioria dos respondentes tinha sobre a prática do aborto pela falecida (Tabela 15).

Vale notar que 3,8% das mulheres do estudo (o que corresponde a 13,8% das mulheres que tiveram aborto) tiveram 4 ou mais abortos. Portanto, esses dados poderiam sugerir que as

mulheres de alguma forma, estivessem usando o aborto como meio anticoncepcional.

Tabela 15 - DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITO DE MULHERES, SEGUNDO IDADE E NÚMERO DE ABORTOS E MÉDIA DE ABORTO POR MULHER, DIADEMA - 1985/6.

Grupo	Número de Abortos							Total	Média
Etário	Nenhum	1	2	3	4 e +	sub-total	Ign		
10 a 14	6	-	-	-	-	-	-	6	-
15 a 19	8	1	-	-	-	1	-	9	0,1
20 a 24	11	3	-	-	-	3	1	15	0,2
25 a 29	9	2	-	1	1	4	5	18	0,7
30 a 34	11	6	1	1	-	8	4	23	0,6
35 a 39	8	2	-	-	-	2	9	19	0,2
40 a 44	5	3	-	-	1	4	2	11	0,8
45 a 49	7	3	-	-	1	4	6	17	0,6
50 e +	106	20	8	5	6	39	64	209	0,5
Total	171	40	9	7	9	65	91	327	0,5
%*	(72,5)	(61,5)	(13,8)	(10,8)	(13,8)	(27,5)		(100,0)**	

* percentuais entre parênteses são somados na linha.

** percentuais ajustados para 100,0%

Com relação aos métodos anticoncepcionais, verifica-se que entre aquelas mulheres em idade fértil com resposta conhecida, apenas 33,3% usavam algum método. Dessas, 78,3% faziam uso da pílula anticoncepcional; 17,4% haviam se submetido à laqueadura de trompas e apenas em 4,3% dos casos, o companheiro é quem usava algum método. Deve ser levada em conta a fragilidade dessa informação, visto que muitas vezes não foi possível a resposta, por falta de conhecimento do respondente.

. QUEIXAS E DOENÇAS

Enquanto as estatísticas de mortalidade exibem uma porção de quadros relativos às necessidades de cuidados de saúde das mulheres, os dados de morbidade são sempre mais obscuros para o nosso entendimento. Há um grande número de condições crônicas que não necessariamente representam uma ameaça mas, definitivamente, afetam a qualidade de vida da mulher (LESLIE e SWIDERS, 1986).

Deve-se ter em conta que as mortes são a parte visível do "iceberg" e que, por baixo, está todo o processo escondido, conhecido como morbidade. A morbidade está associada com as características geográficas, ambientais, sociais, culturais, econômicas e do comportamento individual, familiar e social. Nas mulheres esta morbidade, medida em termos de episódios de doenças agudas e de prevalência de enfermidades crônicas, é maior que nos homens (LOPEZ e RUZICKA, 1983).

Neste trabalho, a morbidade foi analisada segundo a variável queixas e/ou presença de doença, independentes da Causa de Óbito. Nota-se que esta variável se encontra diretamente proporcional à idade, isto é a maior concentração de queixas e doenças situa-se no grupo acima de 50 anos, período em que diminui a vitalidade, propiciando maior número de agravos à saúde.

Verifica-se uma proporção de 1,1 doenças referidas por mulher do estudo, sendo que, na faixa etária de 50 anos e mais, esta proporção aumenta para 1,3, o que é esperado. Este fato é conhecido pelos que trabalham com causas de morte: por ser mais longeva que o homem, a mulher vai apresentar ao morrer, maior quantidade de causas detectadas. Isto é, morrendo com mais idade, um maior número de doenças tem a possibilidade de aparecer.

SANTO, 1988, ao comparar Declarações de Óbito de homens e mulheres, afirma que a maior idade média das mulheres ao morrer é uma das explicações para o fato de apresentarem maior número de causas citadas nas Declarações do que aquelas contidas nas dos homens.

Embora as queixas e doenças sejam analisadas, no capítulo seguinte, segundo causa de óbito, chamou a atenção, entretanto, o problema relativo à "doença nervosa", pois vários familiares responderam que a falecida "sofria dos nervos"; porém

quando se perguntava sobre o tipo de tratamento, medicação ou internação para esse fim, o número se reduzia significativamente, isto é 15,8% de todas essas mulheres fizeram algum tipo de "tratamento para os nervos". Das que fizeram tratamento, 79,2% o foram por problemas psiquiátricos e 20,8% por bebida alcoólica.

O sexo feminino é mais sensível e suscetível do que o masculino e extremamente sujeito àquelas afecções de "stress" que têm sido determinadas como "nervos" e a qual consiste principalmente em dores de cabeça, do coração, "de lado", enfim, em quase toda parte do sistema (JENKINS e CLARE, 1985).

Estudos epidemiológicos mostram que as mulheres experimentam a depressão duas vezes mais frequentemente que os homens e, em geral, as mulheres sofrem taxas mais altas de doença mental de todas as espécies. As explicações de ordem etiológica dessas diferenças são baseadas em teorias biológicas e psicossociais e são discutidas minuciosamente por FISHEL, 1986.

ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

Na luta pela ampliação dos serviços de saúde e melhoria de sua qualidade, as mulheres encontrarão aliados entre os profissionais de saúde. Porém, serão somente elas as que poderão propor uma radical redefinição da qualidade destes serviços, com o combate às relações autoritárias entre os profissionais e as pacientes, com a ampliação do espaço de

GRÁFICO 9 - DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES, SEGUNDO TIPO DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE, DIADEMA - 1985/6

decisão das mulheres sobre o tipo e a natureza dos serviços que desejam receber, com a crescente autonomia das mulheres, assumindo responsabilidades por cuidar de sua própria saúde (BARROSO, 1989).

Com relação à Assistência em Saúde, observa-se que 69,7% da população estudada era filiada ao INAMPS; 16,1% possuíam outros tipos de assistência e 14,2% não tinham qualquer assistência em saúde assegurada, conforme Tabela 16 e Gráfico 9.

Tabela 16 - DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES, SEGUNDO TIPOS DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE A QUE ERAM FILIADAS, DIADEMA - 1985/6.

TIPOS DE ASSISTÊNCIA	Nº	%*
INAMPS**	221	69,7
IAMSP	4	1,3
FUNRURAL	20	6,3
Convênios	22	6,9
Particular	5	1,6
Nenhuma Assistência	45	14,2
Ignorada	10	
TOTAL	327	100,0

* os percentuais foram calculados sobre informações conhecidas.

** 6,0% (19) além de INAMPS tinham ou IAMSP, ou Convênios ou Assistência particular.

4.1.4 CARACTERÍSTICAS DO ÓBITO

A causa de morte, aqui considerada, foi obtida após a análise de cada caso, levando-se em conta as respostas dos familiares no questionário domiciliar, os dados existentes nos prontuários hospitalares e nos laudos do IML, sendo chamada de "opinião do investigador"(OI). Como pode ser observado no capítulo Material e Métodos, em 10 casos não se obteve qualquer informação, exceto aquelas contidas na Declaração de Óbito (D.O.). Além desses casos, houve um com entrevista domiciliar, respondido por uma vizinha, que não forneceu informações suficientes para que se pudesse ter a causa básica definida, segundo o investigador. Assim sendo, somaram-se onze, os casos que vão estar sempre como ignorados em causa básica do investigador, ou seja, casos em que só se teve acesso à D.O.

Do ponto de vista da mortalidade por causa, foi possível, nesta investigação, classificar os óbitos segundo a frequência e comparar os resultados com os de outras pesquisas. As principais causas foram, por ordem de ocorrência: 1º. Doenças do aparelho circulatório, 2º. Neoplasias, 3º. Causas externas, 4º. Doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários, 5º. Complicações da gravidez, do parto e do puerpério, 6º. Sintomas, sinais e afecções mal definidas, que serão descritas a seguir:

DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO

As causas de óbito do grupo de mulheres, residentes em Diadema, segundo frequência, foram em primeiro lugar as Doenças do aparelho circulatório com 35,1%. (Tabela 17). Comparando-se com outros países, esta taxa apresenta-se acima da média, sendo nos países mais desenvolvidos 53,6% e nos menos desenvolvidos, 19,0% (HAKULINEN e col, 1986). Na pesquisa de LAURENTI e col., 1988, o grupo até 50 anos apresentou 23,6% dos óbitos por Doenças do aparelho circulatório, constituindo-se também nas principais causas. Vale notar que em Diadema, no mesmo grupo etário, essas causas ficaram em 3º lugar com 18,4%.

Como era de se esperar, os óbitos por Doenças do aparelho circulatório atingiram 45,8% do grupo de 50 anos e mais deste estudo (Gráfico 10). Ao desmembrar-se esses óbitos, tem-se em primeiro lugar as doenças hipertensivas, seguidas das doenças isquêmicas do coração e das doenças cerebrovasculares.

Tabela 17 - DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES, SEGUNDO CAUSA BÁSICA E IDADE, DIADEMA 1985/6

Causas (CID - 9a. revisão)	Idade				Total		
	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 e +	nº	X*	Coef**
I -Doenças Infecciosas Parasitárias (001-139)	-	-	1	10	11	3,5	8,65
Chagas (086)	-	-	-	4	4	1,3	
Esquistossomíase (120)	-	-	1	2	3	0,9	
II -Neoplasia (140-239)	1	1	9	34	45	14,2	33,42
Maligno de estômago (150)	-	-	-	4	4	1,3	
Maligno de mama (174)	-	-	1	6	7	2,2	
Maligno colo de útero (180)	-	-	1	3	4	1,3	
III -Doenças Glândulas Endócrinas: (240-279)	1	-	3	22	26	8,2	20,46
Diabetes (250)	1	-	3	20	24	7,6	
V -Transtornos mentais (290-319):	1	1	6	8	16	5,1	12,59
Psicoses (290-294)	-	-	1	1	2	0,6	
Síndrome Dep.Alcool (303)	-	-	3	2	5	1,6	
VII -Doenças Ap.Circulatório (390-459)	-	-	18	93	111	35,1	87,37
Hipertensão (401-405)	-	-	7	47	54	17,1	
D.Coração (410-429)	-	-	5	21	26	8,2	
D.Cérebro Vasculares(430-438):	-	-	5	17	22	7,0	
VIII-D. Ap.Respiratório (460-519):	-	-	-	9	9	2,8	7,08
D.Pulmonar Obstrutiva(490-496):	-	-	-	6	6	1,9	
IX -D. Ap. Digestivo (520-579)	-	-	5	6	11	3,5	8,66
D.Fígado, Vesícula e Pâncreas: (570-579)	-	-	5	3	8	2,5	
XI -Compl.Gravidez, Parto e puerpério (630-676)	-	-	22	-	22	7,0	17,32
XVI -Sintomas Sinais Mal Definidos (780-799)	-	-	4	13	17	5,4	13,33

Causas (CID - 9a. revisão)	Idade				Total		
	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 e +	n°	%*	Coef**
Causas Externas (E800-E999)	3	7	20	5	35	11,1	27,55
Acidente Trânsito (E810-E819):	2	2	5	1	10	3,2	
Suicídio (E950-E959)	-	-	4	2	6	1,9	
Homicídio (E960-E969)	1	4	10	-	15	4,7	
Outras	-	-	10	3	13	4,1	
Ignoradas	-	-	5	6	11		
TOTAL	6	9	103	209	327	100,0	257,4

* % calculadas sobre total de casos com informações conhecidas.

% calculadas para 100%

** por 100.000 mulheres.

. NEOPLASIAS

Em segundo lugar, estão classificadas as Neoplasias (14,2%). Diadema mantém seu percentual acima da média mundial (8,4%), sendo que nos países desenvolvidos as Neoplasias representavam em 1980, cerca de 19,2% e nos menos desenvolvidos 5,5% do total de óbitos (STANLEY e col, 1988).

GUIMARÃES e col., 1979, verificaram no Distrito de São Paulo entre 1974 e 1975 que em primeiro lugar, entre os óbitos das mulheres por câncer, estava o de mama (23,1%), seguido do de estômago (11,6%) e do de colo do útero (8,6%). Ao

GRÁFICO 10 - DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES, SEGUNDO CAUSA E IDADE, DIADEMA - 1985/6

GRÁFICO 11 - COEFICIENTES DE MORTALIDADE POR CAUSAS, MULHERES DE 10 ANOS OU MAIS, DIADEMA - 1985/6

desmembrar-se as Neoplasias, verificou-se entre as mulheres de Diadema, 17,7% de câncer de mama, 8,9% de colo de útero, de estômago e de outras localizações mal definidas nos órgãos digestivos e no peritônio, respectivamente.

O grupo mais idoso do estudo apresentou 75,6% do total de casos de câncer e o segundo lugar no seu próprio grupo (Gráfico 10). Entre os demais grupos, houve um caso (nº 196) menina de 13 anos com Tumor de Wilms - grau II, cujo irmão de 8 anos, havia falecido 10 meses antes pela mesma causa ; mulher (nº 181) de 19 anos com neoplasma cerebral,; dois casos de carcinoma de útero em mulheres de 33 e 47 anos (casadas, com 5 e 8 filhos respectivamente). Uma mulher apresentou neoplasma de mama (46 anos com 9 filhos). As demais neoplasias nesse grupo foram de: pulmão, maxilar, orofaringe, encéfalo e um caso de leucemia.

Diadema apresentou coeficiente de mortalidade por câncer 33,42/cem mil mulheres (Tabela 17 e Gráfico 11) mais baixo do que aquele apresentado por PUFFER e GRIFFITH, 1967, em todas as cidades da América, que fizeram parte do seu estudo.

. CAUSAS EXTERNAS

Em terceiro lugar, entre as principais causas de óbito aparecem as Causas externas com 11,1% do total de óbitos (Tabela 17). O coeficiente de mortalidade por Causas externas

foi de 27,55/cem mil mulheres (Gráfico 11). GUIMARÃES e col., 1979 encontraram na capital e em mais duas cidades do Estado de São Paulo 34,8/cem mil mulheres, portanto superior àquele achado em Diadema.

ALEXANDER, 1986, identificou vários fatores de risco de mortes violentas. Como deveria ser esperado as mulheres que vivem nas áreas metropolitanas são as mais vulneráveis; mas independente do local de residência, as mulheres solteiras e aquelas de 16 a 24 anos são as mais expostas; da mesma maneira, as mulheres pobres e aquelas pertencentes a grupos minoritários. Esta informação parece não contrariar o ocorrido em Diadema, onde 66,7% das mulheres do grupo de 10 a 19 anos vieram a óbito por estas causas (Gráfico 10). Comparando-se com o trabalho de LAURENTI e col, 1988, onde as Causas externas foram responsáveis por 17,9% do total de óbitos de mulheres em São Paulo, evidencia a violência em Diadema como uma das principais responsáveis pelos óbitos das mulheres de 10 a 49 anos (26,5%).

Os acidentes constituem uma das maiores causas de morte na adolescência em todo o mundo. Além disso, nos países em desenvolvimento estas causas estão aumentando. A parte o valor da vida, acidentes deixam muitos incapacitados e mutilados. Enquanto alguns acidentes podem ser tidos como completamente acidentais, muitos têm um componente comportamental que deve aumentar o risco com conseqüente prejuízo. Quando existem

componentes comportamentais os acidentes são frequentemente evitáveis (WHO, 1986).

Ao desmembrar-se esses óbitos, verifica-se na Tabela 17, que no grupo de 10 a 14 anos, das três que tiveram mortes violentas, duas foram por atropelamento e a terceira foi alvejada acidentalmente, enquanto uma amiga brincava com um revólver.

No grupo de 15 a 19 anos houve dois atropelamentos. Quatro mulheres tiveram como causa de morte o homicídio: uma delas por ocasião de um assalto; a segunda assassinada com um tiro quando voltava do serviço; a terceira, levou três tiros de uma mulher conhecida, por vingança, segundo familiares. De acordo com laudo do IML estava grávida e segundo o respondente estava alcoolizada; a quarta, foi assassinada por instrumento cortante pelo primo, que era ladrão e quiz se vingar, porque a falecida havia levado a polícia até sua casa para apreender objetos furtados.

É importante notar que houve nove mulheres que faleceram atropeladas, e dessas, cinco foram na Rodovia dos Imigrantes.

Houve quatro casos de suicídio no grupo de 20 a 49 anos; um em que a mulher se atirou de um viaduto e os demais por ingestão de drogas. Houve dois casos de óbito por

queimaduras; um que ficou claro como sendo acidental e o outro, segundo familiares, foi provocado pelo marido da vítima (Tabela 17).

Com relação aos homicídios (50,0% das Causas externas no grupo de 20 a 49 anos), exceto o caso já citado que não foi elucidado, 60% das mulheres foram mortas pelos maridos. Dessas, com excessão de uma morta por arma de fogo, e outra por estrangulamento, entre as demais, o homicídio foi causado por instrumentos cortantes ou perfurantes. É importante citar que das mulheres que foram assassinadas, três estavam grávidas. Outra mulher morreu por septicemia, como consequência de peritonite aguda, seis dias após ter sido internada, devido à ferida cirúrgica da cesariana infectada. O marido pisoteou seu abdome três dias após o parto, quando a mesma se negou a ter relações sexuais com ele. (nº 219). Este caso está incluído entre as mortes ocorridas no ciclo gravídico-puerperal.

MERCY e SALTZMAN, 1989 estudaram o homicídio entre casais nos Estados Unidos durante 10 anos. Esse estudo representou 8,8% de todos os homicídios, sendo a incidência 7,7 vezes mais alta nos casamentos interraciais. Em Diadema, foi citado pelos respondentes, em dois casos de homicídio, o fato da mulher ser negra e o marido branco. Os números, entretanto, são muito pequenos para qualquer comparação relativa.

KIVELA e HONKANEN, 1986, verificaram que nas mortes violentas ocorridas entre a população acima de 50 anos na Finlândia, a taxa de suicídio foi mais alta entre as mulheres. Em Diadema, no grupo de 50 e mais anos, vale comentar os dois casos de suicídio por enforcamento (casos 187 e 223): IS de 76 anos de origem japonesa, "era muito calada e sofria por problemas familiares" e NBM de 65 anos, que "sofia de depressão nervosa". Vários autores têm procurado explicar esse comportamento, atribuindo seus altos valores, principalmente, ao isolamento e às doenças, fatores que frequentemente se combinam (MELLO JORGE, 1979).

. DOENÇAS DAS GLÂNDULAS ENDÓCRINAS, DA NUTRIÇÃO E DO METABOLISMO E TRANSTORNOS IMUNITÁRIOS

As Doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários aparecem em quarto posto com 8,2% de todas as causas de óbito. Cumpre salientar que 84,6% desse total ocorreram entre as mulheres acima de 50 anos (Gráfico 10). Os óbitos por diabetes (com e sem outras manifestações, com complicações e coma) representaram 92,3% dessas causas e 7,6% do total de óbitos. Entre o grupo mais velho as Doenças endócrinas ocuparam o 3º lugar (Tabela 17).

COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ, DO PARTO E DO PUERPÉRIO

Em quinto lugar aparecem as Complicações da gravidez, do parto e do puerpério com 7,0% do total de óbitos, sendo que todas essas mortes verificaram-se no grupo de 20 a 49 anos (Gráfico 10). Constituíram-se na segunda causa desse grupo etário e dada a sua importância, serão estudadas num capítulo a parte.

. SINTOMAS, SINAIS E AFECÇÕES MAL DEFINIDAS

Com relação aos Sintomas, sinais e afecções mal definidas, aqui também chamados de Causas mal definidas, aparecem com 5,4% de todas as causas, assim distribuídos: 23,1% por senilidade e igual valor por causa realmente desconhecida; e os demais por caquexia, dor de cabeça e choque. Esses óbitos ocorreram, cerca de 30% no domicílio, 15% a caminho do hospital e mais de 50% no hospital; portanto, nove óbitos foram hospitalares e não tiveram uma causa definida. Um desses casos, a mulher esteve internada mais de uma semana antes de falecer.

Vale ser comentado que a falta de preenchimento correto dos prontuários nos hospitais, torna difícil avaliar a verdadeira causa básica e causas associadas, que contribuíram para o óbito. Notou-se também que em nenhum dos óbitos por Causas mal definidas foi solicitada necrópsia. São essas as razões pelas quais, apesar da metodologia utilizada, surgiram

casos nesse grupo de causas de morte. Esta situação mascara informações que norteariam um programa de saúde, principalmente para o grupo etário mais velho, visto que 76,5% desses óbitos, verificaram-se no grupo de 50 anos e mais.

. TRANSTORNOS MENTAIS

Praticamente com a mesma proporção do grupo anterior (5,1%) surgem os Transtornos Mentais. A maior proporção de óbitos por essas causas esteve entre psicose e dependência alcoólica. GUIMARÃES e col., 1979, em São Paulo, encontraram 20,5% de psicoses associadas com outras afecções cerebrais, alcoolismo (17,5%) e neuroses (17,0%) no grupo feminino.

. OPINIÃO DOS FAMILIARES

Mesmo sabendo que a percepção de saúde e não saúde difere entre as pessoas, e isto poderia influenciar o relato de uma situação, resolveu-se analisar a opinião da família sobre a causa do óbito. Deve ser lembrado que a opinião do investigador é resultante de um estudo de todas as informações do questionário, inclusive da opinião dos familiares, das informações contidas no prontuário hospitalar e no laudo do IML.

Observa-se que a causa básica do óbito, segundo o investigador e a opinião dos familiares sobre o óbito coincidiram em alguns pontos. Em primeiro lugar, aqueles

colocavam como causa do óbito "o coração", "a pressão alta", "o derrame", "o enfarte". Em segundo lugar aparecem as Neoplasias; os respondentes citaram câncer, muitas vezes até especificando o órgão atingido; alguns falaram sobre "aquela doença ruim". Notava-se que essas pessoas tinham dificuldade em mencionar "câncer"; outros diziam aquela doença "que come tudo por dentro".

Houve algumas opiniões mais difíceis de se comparar com as causas da (CID) - 9a. revisão, 1975 (MANUAL, 1980) e que merecem ser citadas: "medicação errada", "falta de tratamento", "falta de assistência", "era judiada pelo marido".

Em 17 casos os respondentes alegaram a "idade avançada", o que coincide principalmente com as Doenças do aparelho circulatório, e com Sinais e sintomas mal definidos (senilidade) categorizados pelo investigador.

Com relação às Complicações da gravidez, do parto e do puerpério, os respondentes apontaram como fator causal "aborto", "hemorragia" e "parto".

. CAUSAS DE ÓBITO E QUEIXAS E DOENÇAS

Após a classificação dos óbitos, segundo causas, resolveu-se analisar a qualidade de vida das mulheres, medida através das queixas e/ou doenças que as mesmas apresentavam

antes da causa que levou ao óbito. Foi conservada a linguagem do respondente, conforme pode ser observado na Tabela 18.

Com maior percentual apareceu a queixa pressão alta, atingindo 28,2% das mulheres do estudo, sendo que dessas, 61,8% vieram a falecer por Doenças do aparelho circulatório. Em seguida, com 14,6% apareceram os problemas do coração e dessas, 58,7% vieram também a falecer por essas causas.

Ocupando o terceiro lugar entre as queixas e doenças, surge o diabetes com 13,6%, sendo que 41,9% das mulheres com essas queixas vieram a falecer por Doenças das glândulas endócrinas e 25,6% por Doenças do aparelho circulatório. Cerca de duas vezes mais que nos homens, as mulheres são diagnosticadas como tendo diabetes. CROFT e HANNAFORD, 1989, também evidenciam o diabetes como fator de risco para as mulheres.

Além disso, o aumento da morbidade e da mortalidade por diabetes é geralmente atribuível às complicações secundárias, incluindo problemas da visão, doença renal, do coração, cerebrovascular, neuropatias e vascular periférica (SCHUMMASHER e SMITH, 1988). Muitas mulheres do estudo sofriam de deficiência da visão e de varizes associadas ao diabetes.

Das mulheres estudadas 6,3% sofriam de bronquite, dessas, 45,0% vieram a falecer por Doenças do aparelho

Tabela 18 - DISTRIBUICAO DE QUEIXAS E DOENCAS ENTRE AS MULHERES RESIDENTES EM DIADENA SEGUNDO
CAUSAS DE ORITO 1985/6

OPINIAO DO INVESTIGADOR

QUEIXAS E DOENCAS	I	II	III	IV	V	VII	VIII	IX	XI	XVI	C.EXT.	O.CAU.	IGH.	TOTAL	%
PRESSAO ALTA	1	10	9	1	55	3	2	3	-	3	2	-	89	28,2	
DOENCA DO CORACAO	3	3	4	-	27	-	1	5	1	1	1	-	46	14,6	
DIABETES	1	5	18	-	11	-	3	-	2	1	2	-	43	13,6	
BRONQUITE	-	3	1	-	3	9	1	1	1	1	-	-	20	6,3	
PROBLEMAS DO ESTOMAGO	-	5	1	1	8	-	3	-	1	-	1	-	20	6,3	
REUMATISMO	-	3	1	-	10	1	1	1	1	-	-	-	18	5,7	
VARIZES	-	1	-	-	2	-	3	2	4	1	1	-	14	4,4	
GORDURA	-	2	-	-	9	-	-	-	1	1	-	-	13	4,1	
PROD.MENTAL	-	1	1	8	-	-	1	1	-	1	-	-	13	4,1	
DOR DE CABECA	-	4	-	-	1	-	-	-	2	2	-	-	9	2,8	
CANCER	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	2,8	
PROD.OVARIO/UTERO	-	1	-	-	2	-	-	-	-	1	2	-	6	1,9	
OUTRA	4	6	6	-	15	-	-	-	-	-	3	-	34	10,8	
TOTAL DAS QUEIXAS	9	53	41	10	143	13	15	13	13	12	12	-	334		
TOTAL DAS CAUSAS	11	45	26	16	111	9	11	22	17	35	13	11	327		

% O PERCENTUAL DE QUEIXAS FOI CALCULADO SOBRE O TOTAL DE CAUSAS CONHECIDAS (316).

respiratório. Dentre as que se queixavam de problemas do estômago, apenas 15% faleceram por Doenças do aparelho digestivo; 40,0% vieram a óbito por Doenças do aparelho circulatório e 25,0% por Neoplasias. Todas as mulheres, cujos respondentes mencionaram o câncer como doença anterior ao óbito, vieram a falecer por esta causa. Por outro lado, analisando esses casos, verificou-se que em 22,2% as mulheres sofriam de pressão alta e em 8,9% queixavam-se de dor de cabeça, fato este mencionado porque apresentaram a maior concentração dessa queixa (Tabela 18).

Dentre as principais queixas, 5,7 sofriam de reumatismo, e dessas, 55,6% faleceram por Doenças do aparelho circulatório. A artrite é relatada sempre afetando mais a mulher que o homem, como a osteoporose, é responsável por muita dor, mal estar, além de restringir as atividades (LESLIE e SWIDER, 1986). Segundo HOLDEN, 1987 as mulheres são mais vulneráveis às enfermidades autoimunitárias (artrites, lupus, miastenia grave), devido a sua resposta imunitária ser quantitativamente maior que a dos homens, inclusive na resistência aos tumores.

Quanto à obesidade, esta é conhecida como fator de risco para diabetes, doenças cardíacas, problemas da vesícula biliar e artrite (LESLIE e SWIDER, 1986). Entre as mulheres de Diadema, segundo os familiares 4,1% tinham problema com a gordura (Tabela 18). Dessas, 69,2% vieram a falecer por Doenças

do aparelho circulatório, porém nenhuma dessas mulheres teve como causa básica de óbito o diabetes.

. CAUSA DE ÓBITO E HÁBITO DE FUMAR

O fumo, e em particular o cigarro, é o fator de risco mais amplamente estudado em Epidemiologia. Embora vários estudos tenham mostrado a correlação com um grande número de categorias de doenças, devem ser lembradas as três mais importantes: a relação entre cigarro e câncer de pulmão, doenças isquêmicas do coração, somadas à categoria das doenças crônico-obstrutivas do pulmão (LOPEZ, 1984).

O cigarro é responsável por mais de 90% de todos os casos de câncer de pulmão, 75% de bronquite crônica e enfizema e 25% dos casos de doenças isquêmicas do coração nos indivíduos com mais de 65 anos. É também responsável por um número de outros tipos de câncer, complicações da gravidez e frequentemente problemas respiratórios nas crianças, cujos pais fumam (MASIRONI e ROTHWELL, 1988).

Ao relacionar-se as mulheres deste estudo, que fumavam, com as causas de óbito, verifica-se que praticamente não há diferença na ordem das principais causas. Porém, vale salientar que das mulheres que morreram por Doenças do aparelho respiratório, 66,7% fumavam (Tabela 19).

Apenas uma mulher com mais de 50 anos, que fumava mais de um maço de cigarro por dia, teve como causa básica neoplasma maligno de brônquio / pulmão sem especificação. Também em Transtornos mentais, o grupo das fumantes representou mais que o das não fumantes (62,5% e 37,5%) (Tabela 19). Durante as entrevistas com as famílias das mulheres que estiveram internadas em sanatórios, muitos respondentes contaram que, por ocasião das visitas, os próprios familiares levavam cigarros para as internas, incentivando assim, o hábito de fumar entre elas.

Notou-se que as principais queixas e doenças referidas pelas mulheres que tinham o hábito de fumar, diziam respeito à pressão alta e à bronquite.

Tabela 19 - DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES, SEGUNDO CAUSA BÁSICA E HÁBITO DE FUMAR, DIADEMA -1985/6.

Causas Básicas	Fumava						TOTAL
	Cigarro	C.palha	Parou	Total	Nunca	Ign	
	de papel	Charuto Mascava		Fumou	Fumou		
	nº	nº	nº	nº	nº	nº	nº
I-Doença Infecciosa							
Parasitária	3	-	-	3	7	1	11
%				(30,0)	(70,0)		(100,0)
II-Neoplasias	10	1	1	12	33	-	45
%				(26,7)	(73,3)		(100,0)
III-D.Glandul	5	1	-	6	19	1	26
%				(24,0)	(76,0)		(100,0)
V-Tr.Mentais	9	-	1	10	6	-	16
%				(62,5)	(37,5)		(100,0)
VII-Doença Aparelho							
Circulatório	25	7	8	40	67	4	111
%				(37,4)	(62,6)		(100,0)
VIII-Doença Aparelho:	2	2	2	6	3	-	9
Respiratório	%			(66,7)	(33,3)		(100,0)
IX-Doença Aparelho							
Digestivo	2	-	1	3	8	-	11
%				(27,3)	(72,7)		(100,0)
XI-Compl.Gravidez	5	-	1	6	16	-	22
Parto Puer	%			(27,3)	(72,7)		(100,0)
XVI-Sinais,Sintomas	3	3	-	6	11	-	17
%				(35,3)	(64,7)		(100,0)
Causas Externas	18	-	-	18	17	-	35
%				(51,4)	(48,6)		(100,0)
Outras Causas	4	-	-	4	9	-	13
%				(30,8)	(69,2)		(100,0)
Ignoradas	-	-	-	-	-	11	11
TOTAL	86	14	14	114	196	17	327
%*	(75,4)	(12,3)	(12,3)	(36,8)	(63,2)		(100,0)

*percentuais calculados sobre casos com informação conhecida

. CAUSA DE ÓBITO E HÁBITO DE BEBER

Quanto ao hábito de beber, embora alguns familiares tenham feito a alusão à bebida como anestésico, isto é, "bebia tanto que nem sentia nada", 70% das mulheres que bebiam, apresentaram queixas e/ou doenças, principalmente relacionadas à pressão alta e problemas do estômago.

Ao verificar-se os óbitos das mulheres que bebiam, nota-se que as Doenças do aparelho circulatório estão em primeiro lugar; porém em seguida, diferenciando de todos os resultados de cruzamentos realizados, observam-se os Transtornos mentais e as Doenças do aparelho digestivo, ficando em quarto lugar as Neoplasias e as Causas externas. Nota-se que entre as mulheres que faleceram por causas do Aparelho digestivo, 54,5% bebiam (Tabela 20).

Tabela 20 - DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES, SEGUNDO CAUSA BÁSICA E HÁBITO DE BEBER, DIADEMA - 1985/6

Causa Básica	Bebida						Total
	Pinga	Outras bebidas	Bebeu e parou	Sub-total	Nunca bebeu	Ign	
I -D.Inf.Parasít.	-	-	-	-	10	1	11
% :					(100,0)		
II -Neoplasias	3	1	1	5	40	-	45
% :				(11,1)	(88,9)		(100,0)
III-D.Glândulas	-	1	-	1	24	1	26
% :				(4,0)	(96,0)		(100,0)
V -Tr. Mentais	5	-	1	6	10	-	16
% :				(37,5)	(62,5)		(100,)
Psicose	-	-	1				
Dep. Alcool	5	-	-				
VII -D.Ap.Circulatório	9	-	2	11	96	4	111
% :				(10,3)	(89,7)		(100,0)
VIII-D.Ap.Respirat.	1	-	-	1	8	-	9
% :				(11,1)	(88,9)		(100,0)
IX -D.Ap.Digestivo	4	1	1	6	5	-	11
% :				(54,5)	(45,5)		
Cirrose Alcool.	3	-	-				
Lesão Alcool.	2	-	-				
D.Pâncreas	-	-	1				
XI -Compl.G.P.P.	4	-	-	4	18	-	22
% :				(4,8)	(81,8)		
XVI -C.Desconh.	1	-	-	1	16	-	17
% :				(5,9)	(94,1)		
Causas Externas	5	-	-	5	30	-	35
% :				(4,3)	(89,7)		
Outras Causas	-	-	-	-	13	-	13
% :					(100,0)		
ignoradas	-	-	-	-	-	11	11
TOTAL	32	3	5	40	270	17	327
%*				(12,9)	(87,1)		(100,0)

* % calculados sobre casos com informações conhecidas.

Para melhor compreensão, as causas de óbito das mulheres tidas como dependentes do álcool foram desdobradas, para que pudessem ser melhor analisadas. Assim sendo, as mulheres que bebiam e faleceram por Doenças do aparelho digestivo, o foram por cirrose alcoólica do fígado, lesão alcoólica do fígado e doença do pâncreas.

. LOCAL DE OCORRÊNCIA DO ÓBITO

Segundo as Declarações 85,0% dos óbitos eram hospitalares (278 casos); este percentual caiu para 73,5%, após preenchimento dos questionários hospitalar e domiciliar, devido àquelas mulheres que chegaram em óbito no hospital ou morreram a caminho do hospital, ou mesmo no pronto-socorro, sem tempo hábil para atendimento e preenchimento do prontuário hospitalar. Essa diferença corresponde às DOs preenchidas de forma incorreta quanto a esse item.

Pôde-se verificar que do total de óbitos, 13,8% foram domiciliares. Quanto aos óbitos ocorridos em via pública, estes tiveram seu número dobrado a partir da investigação (5 para 10), isto é 3,4% do total. Os óbitos havidos a caminho do hospital passaram de 4 para 27, isto é representaram 9,3% do total de óbitos (Tabela 21 e Gráfico 12).

Quando se associa Local de Ocorrência do Óbito e Tipo de Assistência, tem-se que 74,5% das mulheres que tinham direito à Assistência em Saúde foram atendidas em hospitais e

67,4% das que não tinham direito, ou seja não tinham vínculo com qualquer tipo de previdência, também tiveram assistência por ocasião do óbito. Portanto, ficaram sem atendimento, por ocasião do óbito, cerca de 25% das mulheres que tinham direito à assistência, e mais de 30% das mulheres que não eram filiadas a qualquer tipo de assistência (Tabela 21 e Gráfico 12).

Tabela 21 - DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES, SEGUNDO LOCAL DO ÓBITO E TIPO DE ASSISTÊNCIA
EM SAÚDE, DIADEMA - 1985/6.

Tipo de Assistência	Local do Óbito					Total n° %*	
	No Hospital	Dom.	via pública	A caminho do hospital	Ign		
INAMPS	149	23	5	22	22	221	69,7
IAMSP	4	-	-	-	-	4	1,3
FUNRURAL	15	4	-	1	-	20	6,3
Convênios	13	3	1	2	3	22	6,9
Particular	3	1	-	1	-	5	1,6
Sub-total n°	184	31	6	26	25	272	85,8
%	(74,5)					(100,0)	
Nenhuma	29	9	4	1	2	45	14,2
%	(67,4)						
Ignoradas		-	-	-	10	10	
TOTAL n°	213	40	10	27	37	327	100,0
%*	(73,5)	(13,8)	(3,4)	(9,3)		(100,0)	

* os percentuais foram calculados sobre o total de casos com informação conhecida.

**GRÁFICO 12 - DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS
DE MULHERES, SEGUNDO LOCAL E TIPO DE
ASSISTÊNCIA EM SAÚDE, DIADEMA - 1985/6**

Dos 37 casos ignorados, em 73,0% (27 casos) não foi possível descobrir se o óbito foi hospitalar ou não, porque embora alguns respondentes tenham feito referência à internação, no hospital, nada foi encontrado. Provavelmente a maior parte desses casos, a mulher faleceu ao dar entrada ou mesmo já chegou em óbito no hospital, não sendo preenchido o prontuário hospitalar.

Houve dois casos de óbito no Ambulatório; (uma das mulheres estava fazendo hemodiálise, outra acompanhando os filhos em consulta no ambulatório do hospital) quando vieram a falecer de repente. Foram considerados óbitos hospitalares.

A análise das variáveis local de ocorrência e causa do óbito, permitiu concluir que dentre os óbitos ocorridos no domicílio (13,8%), as principais causas foram: as Doenças do aparelho circulatório (43,3%); os Transtornos mentais (16,2%) e os Sintomas e sinais mal definidos (13,5%) (Tabela 22).

Dos óbitos ocorridos na Via Pública (3,4%), 90,0% o foram por Causas externas e 10,0% por Doenças do aparelho circulatório.

Aqueles que aconteceram a caminho do hospital (9,3%) foram por Doenças do aparelho circulatório (38,5%), seguidas das Causas externas (15,4%) e Complicações da gravidez, do parto e do puerpério (11,6%) (casos n^{os}: 4, 48, 64 e 320).

Tabela 22 - DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES, SEGUNDO CAUSA BÁSICA E LOCAL DE OCORRÊNCIA, DIADEMA - 1985/6.

Causas Básicas	Local de ocorrência									
	Domicílio		Via Pública		A caminho do Hospital		No Hospital		Ignorado	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	TOTAL nº %*
I-D.Infecciosas Parasitárias	1	2,7	-		1	3,8	8	3,7	1	11 3,5
II-Neoplasias	3	8,1	-		-		37	17,4	5	45 14,2
III-D.Glândulas	-		-		2	7,7	23	10,8	1	26 8,2
IV-Tr.Mentais	6	16,2	-		2	7,7	7	3,3	1	16 5,1
VII-D.Aparelho Circulatório	16	43,3	1	10,0	10	38,5	76	35,8	8	111 35,1
VIII-D.Aparelho Respiratório	-		-		2	7,7	6	2,8	1	9 2,8
IX-D.Aparelho Digestivo	-		-		1	3,8	9	4,2	1	11 3,5
XI-Complicações Gravidez P.P	1	2,7	-		3	11,6	18	8,5	-	22 7,0
XVI-Sinais, Sintomas	5	13,5	-		1	3,8	8	3,7	3	17 5,4
Causas Externas	4	10,8	9	90,0	4	15,4	13	6,1	5	35 11,1
Outras causas	1	2,7	-				8	3,7	4	13 4,1
Ignorada	3		-		1		-		7	11
Total	40	100,0	10	100,0	27	100,0	213	100,0	37	327 100,0

* percentuais foram ajustados para 100,0

* percentuais foram calculados sobre dados conhecidos

Os ocorridos no hospital (73,5%) seguem a ordem das principais causas, isto é, em primeiro lugar as Doenças do aparelho circulatório, seguidas das Neoplasias. Em terceiro, ao invés das Causas externas têm-se as Doenças das glândulas endócrinas e em quarto lugar as Complicações da gravidez, do parto e do puerpério, estando as Causas externas em quinto lugar (Tabela 22).

Verificou-se que das 213 mulheres que faleceram nos hospitais, em três casos, não foi possível ter acesso aos prontuários. (já citados no Capítulo: Material e Métodos - obtenção de dados médicos).

. TEMPO DE INTERNAÇÃO

Dos 210 casos passíveis de análise dos prontuários, observou-se que além de permitir ao pesquisador uma análise profunda e realística quanto a causa do óbito, o questionário hospitalar ofereceu outras informações importantes para este estudo; por exemplo, foi possível verificar o tempo de internação (permanência no hospital) das 210 mulheres (Tabela 23).

Tabela nº 23 - DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS HOSPITALARES DE MULHERES, SEGUNDO TIPO DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE E TEMPO DE INTERNAÇÃO, DIADEMA - 1985/6.

Tipo de Assistência	Dias de Internação										TOTAL
	0	1	2	3	4	5	6	7	30 e		
	1	2	3	4	5	6	7	30	+	Ign	
INAMPS	37	15	3	6	14	10	9	46	9	-	149
IAMSP	-	1	1	1	-	-	-	1	-	-	4
FUNRURAL	-	1	-	2	-	1	2	8	1	-	15
CONVÊNIOS	3	3	-	1	-	1	3	-	-	2	13
PARTICULAR	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
NENHUMA	3	3	-	3	-	3	-	15	1	1	29
TOTAL	46	23	4	13	14	15	14	70	11	3	213
X*	(21,9)	(10,9)	(1,9)	(6,2)	(6,7)	(7,1)	(6,7)	(33,3)	(5,2)		(100,0)

*os percentuais foram calculados sobre as informações conhecidas

Nota-se que em mais de 60% dos casos, as mulheres estiveram internadas até sete dias antes de falecer.

Quando se analisa tempo de internação e tipo de assistência, o que mais chama a atenção é que aquelas mulheres que tinham assistência particular é que ficaram internadas no maximo 24 horas; as que tinham convênio, seis dias. Por outro lado, as mulheres que tinham direito ao INAMPS, FUNRURAL e as que não tinham assistência, a permanência foi maior a partir de cinco dias (Tabela 23).

Com relação àquelas mulheres que estiveram internadas mais de 30 dias, foi verificada uma média de permanência de 62,4 dias; três casos de acidente vascular cerebral, dois de câncer, dois de queimadura, um de complicação de diabetes e hipertensão. Não foram considerados os três casos de Transtornos mentais, que ultrapassaram 100 dias e estão descritos a seguir:

1. (caso 90) LRS de 42 anos, cinco filhos. Foi matriculada no Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana em outubro de 1970. Voltou a ser internada de maio a julho de 1972, 18 dias após ter dado à luz; com quadro de "Psicose Post-Partum". De outubro de 1972 a janeiro de 1974 ficou internada em hospital da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado. Em outubro de 1982 foi encaminhada para Sta. Rita do Passaquatro com história de "Psicose Epilética" e várias internações por crises convulsivas psicomotoras e distúrbios de conduta. Em janeiro de 1984 foi encaminhada do Hospital das Clínicas de São Lucas, em Americana/SP para tratamento clínico no Departamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha/SP, onde foi admitida com a seguinte observação "Paciente acamada há muitos anos, com escara de decúbito de 5 por 1,5 cm com secreção purulenta e necrose; desnutrida ++, febril e anictérica, paraplégica. Faleceu após 633 dias de internação.

Todo este quadro foi descrito para que se reflita: será que não faltou um trabalho preventivo de Saúde Mental? Por que uma mulher que chegou a se casar, ser dona de casa e mãe de cinco filhos, tornou-se um pária da sociedade? Quantas outras LRSs. existem internadas sem qualquer menção de uma terapia preventiva?

2. (caso 301) E.V.S., 104 anos estava morando numa casa de repouso há 133 dias, onde já entrou cega e com muita dificuldade para comer e falar, quando veio a falecer dormindo.

3. (caso 300) S.I.F, 57 anos, esteve internada 12 vezes entre 1979/1986 no Instituto Psiquiatrico Eldorado, sendo a média de suas internações de 60 dias. Do histórico consta que S.I.P. "começou a apresentar ataques epiléticos há 24 anos, e quando teve o primeiro filho deixou de ter ataques e ficou completamente louca não dizendo coisa com coisa, não se lembrando de nada, mostrando-se confusa". Diagnóstico: "quadro psicótico orgânico transitório". No prontuário não há qualquer alusão ao óbito, apenas que 6 dias antes: "queixou-se de dor no olho esquerdo, o qual encontrava-se vermelho; foi medicada e apresentou tosse dois dias antes de falecer." Na véspera do óbito: "tossindo muito, apresentando muito cansaço, cianóse e rosto edemaciado". Entre uma internação e outra morava nos fundos da casa do marido, que vivia com outra mulher.

Observou-se que os prontuários, principalmente, os encontrados nos Sanatórios e nos Hospitais Psiquiátricos continham pouca ou nenhuma informação sobre as mulheres ali internadas, o que dificulta a análise e o conhecimento da causa básica do óbito.

Considerando-se os casos em que a internação não ultrapassou os 30 dias, conforme preconizado por LAURENTI e col., 1987 e utilizando a maneira simplificada, isto é, dividindo-se pacientes-dia por saída (neste caso óbito), tem-se uma média de permanência de 6,5 dias.

GUIMARÃES, 1979 encontrou uma média de 6,12 dias de internação na 3a. região administrativa (Vale do Paraíba), portanto semelhante àquela de Diadema, embora esse autor tivesse trabalhado com pacientes saídos (alta + óbito).

A Tabela 24 apresenta a relação da causa de óbito e do tempo de internação, onde apenas as Complicações da gravidez, do parto e do puerpério apresentaram maior concentração de óbitos até o 5º dia de internação (88,9%). As Neoplasias foram as causas que apresentaram o maior número de casos de óbito após o 7º dia de internação (59,4%).

Tabela 24 - DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS DAS MULHERES OCORRIDOS NOS HOSPITAIS, SEGUNDO CAUSA BÁSICA E TEMPO DE INTERNAÇÃO, DIADEMA - 1985/6.

Causas	Dias de Internação										Total
	0	1	2	3	4	5	6	7	30 e		
Básicas	1	2	3	4	5	6	7	30	+	Ign	n ^a
I-D.Infecciosa Parasitária.	1	3	-	-	-	1	3	-	-	-	8
II-Neoplasias	3	1	-	4	4	2	1	20	2	-	37
III-D.Glândulas	2	4	-	3	1	4	-	8	1	-	23
V-Tr.Mentais	2	-	-	1	1	-	1	-	2	-	7
VII-D.Aparelho Circulatório	20	4	2	3	5	6	10	23	3	-	76
VIII-D.Aparelho Respiratório	-	1	1	-	-	-	-	3	-	1	6
IX-D.Aparelho Digestivo	-	3	-	-	1	-	1	4	-	-	9
XI-Complicações Gravidez P.P.	8	4	1	1	-	1	-	2	-	1	18
XVI-Sinais, Sintomas	3	1	-	-	-	1	-	2	1	-	8
Causas Externas	5	1	-	-	2	-	1	3	1	-	13
Outras Causas	2	1	-	1	-	-	-	2	1	1	8
Total	46	23	4	13	14	15	14	70	11	1	213
%*	(21,9)	(10,9)	(1,9)	(6,2)	(6,7)	(7,1)	(6,7)	(33,3)	(5,2)		(100,0)

*percentuais ajustados para 100%.

4.2 ANÁLISE DA MORTALIDADE DAS MULHERES EM IDADE FÉRTIL COM ÊNFASE À MORTALIDADE MATERNA

4.2.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS

O objetivo deste trabalho foi, inicialmente, o de caracterizar os óbitos de todas as mulheres de Diadema, a partir de 10 anos de idade, as quais apresentaram coeficiente de mortalidade de 103,89/cem mil mulheres; mais baixo que aquele encontrado por LAURENTI e col., 1988 de 114,7/cem mil mulheres entre a população feminina de São Paulo de 10 a 49 anos. Como já foi visto no capítulo anterior, entretanto, conforme os números apresentados naquela oportunidade, para o estudo das causas que acometem às mulheres em idade fértil, e em especial as causas maternas, optou-se por trabalhar com esse grupo, isto é mulheres de 15 a 49 anos, assim sendo o coeficiente de mortalidade deste grupo foi de 116,98/cem mil mulheres.

Esse grupo totalizou 112 mulheres, conforme já foi visto no capítulo anterior: eram, na sua maioria, oriundas dos estados do Nordeste (37,5%); situavam-se predominantemente na faixa etária de 30 a 39 anos; 59,0% tinham nível de escolaridade até a 4a. série do 1º grau; 49,5% exerciam exclusivamente as funções de prendas domésticas. Com relação ao salário, 58,3% das que trabalhavam, recebiam na faixa de meio até um salário mínimo por mês. A grande maioria dessas mulheres (94,0%) morava com a família, sendo que 62,5% viviam com marido ou companheiro. Quanto ao número de filhos, a média, neste grupo, foi de 2,9

filhos por mulher. A maior concentração foi de dois filhos entre mulheres de 30 a 34 anos. Uma em cada cinco mulheres apresentou um natimorto e a média de abortos foi de 0,45 por mulher com resposta conhecida. Apenas 33,3% das mulheres usavam algum método anticoncepcional e dessas, 78,3% usavam a pílula anticoncepcional (17,5% de todo o estudo). Este dado é bastante diferente do resultado da investigação em população marginalizada, de baixa renda, em favelas do Município do Rio de Janeiro, que revelou a prevalência de 35,0% de uso de pílula anticoncepcional (INDICADORES, 1986).

Quanto aos hábitos de fumar e beber, 42,8% fumavam e 24,0% faziam uso habitual de bebidas alcoólicas.

Com relação às queixas e doenças sofridas, independentemente da causa de óbito, 63,1% dos informantes apontaram algumas queixas por parte das falecidas; dessas, a mais comum foi a hipertensão (citada em 19,8% dos casos), seguida de outros sintomas de doenças do coração, e em terceiro lugar, varizes que apareceram entre 9,9% das mulheres desse grupo.

Quanto às causas de morte, observa-se que 25,2% foram a óbito por causas violentas (principal causa neste grupo). Em seguida vêm as Complicações da gravidez, do parto e do puerpério (20,6%) (Tabela 25 e Gráfico 13).

Tabela 25 - DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL, SEGUNDO CAUSA BÁSICA E IDADE,
DIADEMA - 1985/6.

Causas de Óbito	Idade				TOTAL	
	15	20	30	40		
	a	a	a	a		
	19 %	29 %	39 %	49 %	n ^a	%*
I - Infec.Parasitárias	-	1 3,3	-	-	1	0,9
II - Neoplasias	1 11,1	1 3,3	4 9,8	4 14,8	10	9,4
III - Glândulas Endócrinas	-	-	2 2,4	1 3,7	3	2,8
V - Transtornos Mentais	1 11,1	-	3 7,3	3 11,1	7	6,6
VII - Ap.Circulatório	-	1 3,3	6 14,6	11 40,8	18	16,8
IX - Ap. Digestivo	-	-	2 4,9	3 11,1	5	4,7
X - Ap.Genito Urinário	-	-	1	2 7,4	3	2,8
XI - Compl.Gravidez,Parto: e Puerpério	-	10 33,4	11 26,8	1 3,7	22	20,6
XVI - Mal definidas	-	1 3,3	3 7,3	-	4	3,7
Causas Externas	7 77,8	13 43,4	5 12,2	2 7,4	27	25,2
Outras Causas	-	3 10,0	4 9,8	-	7	6,5
ignoradas	-	2	2	1	5	
TOTAL	9 100,0	32 100,0	43 100,0	28 100,0	112	100,0

*Os percentuais foram calculados sobre informações conhecidas

Chama ainda a atenção o fato de quase 17% das mulheres terem chegado a óbito em consequência às Doenças do aparelho circulatório, causas que aparecem com mais frequência na faixa etária acima dos 50 anos. Houve 10 óbitos (9,4%) por Neoplasias. É digno de nota ainda, um número não desprezível de

GRÁFICO 13 - DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL, SEGUNDO CAUSA E IDADE, DIADEMA - 1985/6

Neoplasias   Tr. mentais   D.a.circulatorio   D.a.digestivo
 Compl.g.p.puer   C.externas   outras causas

óbitos codificados no grupo dos Transtornos mentais (6,6%), sendo importante salientar, entretanto, o fato de que 50% desses terem sido decorrentes do alcoolismo (Tabela 25).

Quatro mulheres, apesar da metodologia utilizada, permaneceram com óbitos por Causas mal definidas. Isto ocorreu devido à falta de informações consistentes, tanto no domicílio quanto no hospital, nos casos em que foi possível encontrar os prontuários.

Lembrando que a mortalidade materna é representada pelas Complicações da gravidez, do parto e do puerpério, nota-se que elas foram as principais causas de óbito do grupo de mulheres de 20 a 39 anos (Tabela 25). Merecem atenção prioritária devido às repercursões familiares que têm, porque ocorrem em mulheres jovens e, em sua grande maioria, podem ser evitadas mediante um bom controle pré-natal e uma adequada assistência ao parto e ao puerpério.

Uma das recomendações da reunião dos países membros da OMS sobre mortalidade materna, foi que os países deveriam reunir dados sobre as características das mulheres que falecem, assim como dados sobre as causas dos óbitos maternos: fatores clínicos, fatores relativos aos serviços de saúde, fatores relativos à reprodução e fatores de risco que oferecem maiores perspectivas quanto ao melhoramento da provisão e a utilização dos serviços de saúde. Finalmente, recomendou que os países se

empenhassem em recolher dados de mortalidade materna, visto que na maioria deles não se tem idéia da magnitude deste problema, no entanto, cabe supor que é importante. Por exemplo: em um estudo realizado na Índia se comprovou que para cada mulher que morria por causas relacionadas com a maternidade, havia 18 que sobreviviam com complicações graves (e às vezes permanentes) (OMS, 1986).

Portanto, neste capítulo em que se estuda todos os óbitos ocorridos entre mulheres durante o período gravídico-puerperal, independente das causas que tenham levado ao óbito, as mulheres foram analisadas segundo os sub-grupos:

- 1ª. Mulheres que estavam grávidas ao morrer; e
- 2ª. Mulheres que tiveram óbito até um ano após o parto.

4.2.2 MULHERES QUE ESTAVAM GRÁVIDAS AO MORRER

Do universo de 112 mulheres em idade fértil, 13 morreram grávidas, correspondendo a 11,6% dessa população. Com relação à idade gestacional, 69,2% (9 casos) estavam no primeiro trimestre de gravidez; 23,1% (3 casos) estavam no segundo trimestre e 7,7% (1 caso) durante o terceiro trimestre de gravidez.

Com relação à idade, 69,2% dessas mulheres tinham menos de 30 anos, sendo que uma delas tinha 19 anos. 61,5% eram

casadas; e 69,2% trabalhavam por ocasião do óbito ou já tinham trabalhado anteriormente.

Quanto à história reprodutiva dessas mulheres, das doze com respostas conhecidas, uma era nulípara; as demais, com exceção de uma mulher de 42 anos, que tinha tido dez filhos, a média do número de filhos entre elas era de 1,2. Com relação aos natimortos, apenas para uma dessas mulheres foi mencionado natimorto, e 66,7% delas tiveram abortos, sendo que a família de uma delas mencionou três e a outra que "não sabia ao certo" (Quadro 2).

Apenas duas mulheres estavam fazendo pré-natal: uma que faleceu no 7º mês e outra no 5º mês de gravidez. Para BERNARD e SASTRAWINATA, 1984, as mulheres admitidas numa emergência com complicação e que não tiveram cuidados pré-natal, correm maior risco de morrer.

QUADRO 2 - RELAÇÃO DAS MULHERES QUE FALECERAM GRÁVIDAS - DIADEMA - 1985/6

: N° caso:	: Idade:	: Estado : : Conjugal:	: Gestações Anteriores: NV NM Ab. Total :	: Tempo : : gestação:	: Pré- : : Natal :	: Causa de Morte*
: 4	: 29	: cas.	: 2 - - 2	: 5 meses	: S	: Bronquite Compl.Gravidez (648)
: 48	: 42	: cas.	: 10 - 1 11	: 2 meses	: N	: D.Cardíaca Compl.Gravidez (648)
: 64	: 30	: solt.	: 2 - 1 3	: 3 meses	: N	: Dep.Álcool Compl.Gravidez (648)
: 86	: 27	: cas.	: 2 1 n** n**	: 4 meses	: N	: Aborto (636)
: 87	: 35	: cas.	: 2 - - 2	: 2 meses	: N	: Homicídio (966)
: 162	: 28	: separ.	: --- --- --- ---	: 1 mes	: ---	: Homicídio (966)
: 167	: 24	: cas.	: 1 - 1 2	: 5 meses	: N	: Tuberc.Compl.Gravidez (647)***
: 183	: 19	: cas.	: 1 - - 1	: 3 meses	: N	: Homicídio (966)
: 238	: 24	: solt.	: 2 - 1 3	: 8 meses	: S	: Meningite Compl.Gravidez (647)
: 256	: 21	: solt.	: - - 1 1	: 2 meses	: N	: D.Cardíaca Compl.Gravidez/Aborto (648)
: 287	: 23	: cas.	: - - - -	: 3 meses	: N	: Homicídio (965)
: 291	: 27	: solt.	: - - 1 1	: 1 mes	: N	: Aborto Compl.p/ embolia (639)
: 320	: 32	: cas.	: 1 - 3 4	: 3 meses	: N	: Dep. Álcool Compl.Gravidez (648).

* os números entre-parênteses após a causa, referem-se ao código da mesma na CID 9 a revisão, 1975.

** vários

*** segundo o prontuário médico, só tinha tuberculose, causa esta não relacionada com causa materna. Porém existe história de aborto recente complicado, que poderia explicar a septicemia. Fica uma interrogação do quanto a tuberculose poderia ter contribuído para o aborto.

Ao analisar-se as causas desses óbitos, verifica-se que quatro óbitos (30,8%) foram homicídios, não sendo possível se comprovar uma ligação entre o fato em si e a gestação. É digno de nota, entretanto, que em dois desses casos, a mulher estava alcoolizada.

Chama a atenção o fato de que em três casos (23,1%), o óbito teve ligação com alcoolismo.

Dois casos tiveram como causa Doenças cardíacas; um óbito por tuberculose; um por meningite e outro por bronquite complicando a gravidez. Segundo FINN e col., 1972, o mecanismo de defesa contra infecção está parcialmente diminuído durante a gestação.

Houve dois casos de aborto com complicação, representando 9,2% do total de óbitos por causas maternas e 15,4% dos óbitos na gravidez. KAUNITZ e col., 1985, relataram 15,7% de óbitos por aborto nos Estados Unidos.

É estimado que anualmente 84.000 mulheres morrem depois de efetuar aborto ilegal, devido à hemorragia peritonal, septicemia, tétano e embolia.

Na América Latina, onde os abortos são proibidos, é estimado que, para cada três mulheres, uma teve aborto e mais de

50% da mortalidade materna é devida ao aborto ilegal. A mortalidade por aborto ilegal é, sobretudo, um problema associado com a pobreza. As pessoas mais abastadas podem fazer aborto nos hospitais, em boas condições; ao passo que as mulheres pobres são atendidas por pessoal não categorizado (curiosas) (COMPLICATIONS, 1982).

É importante notar que as causas aqui descritas referem-se, todas, àquelas codificadas com a informação adicional disponível. Conforme será visto mais tarde, a metodologia utilizada permitiu um ganho ponderável no estudo dessas causas.

4.2.3 MULHERES QUE TIVERAM ÓBITO ATÉ UM ANO APOS O PARTO

As atuais disposições da CID (MANUAL, 1980), consideram como mortes maternas aquelas ocorridas somente até 42 dias da expulsão do concepto, período esse que constitui o puerpério. Segundo KAUNITZ e col., 1985 e WALKER, 1986, estudando a mortalidade materna nos Estados Unidos, verificaram que devido ao avanço da tecnologia, tem aumentado o espaço de vida entre uma situação clínica aguda e o óbito. Dessa forma, os óbitos maternos podem ocorrer semanas e até meses após o término da gestação. Esses estudos, durante 15 anos, mostraram que muitos óbitos maternos são omitidos quando se considera somente aqueles ocorridos dentro de 42 dias após o parto ou o aborto, portanto recomendam que esse prazo deva ser aumentado,

senão para um ano após o parto, pelo menos 90 dias após essa data.

LAURENTI e col., 1988 observaram que das 95 mulheres falecidas no período de gravidez, parto ou até 12 meses após a expulsão do concepto, 56 se deveram às causas maternas à vista dos dados de entrevista domiciliar e médica. Em 6 desses 56 óbitos, as estatísticas oficiais não os reconheceriam como tal, devido às disposições vigentes na CID-(MANUAL, 1980), visto que ocorreram após os 42 dias preconizados.

Aqui também, foram estudados os óbitos ocorridos até 12 meses após o parto. Estiveram neste grupo 19 mulheres, cuja caracterização está descrita no Quadro 3.

Das 112 mulheres em idade fértil, 19 (17,0%) faleceram até um ano após o parto. Essas mulheres tinham em média 29 anos. Com exceção de uma mulher que estava separada, as demais eram casadas.

A média do número de filhos dessas mulheres era de 2,6; de natimortos 0,2. Entre aquelas com informação conhecida (17) a média de aborto foi de 0,5/mulher (Quadro 3).

Daquelas que o respondente soube informar sobre o pré-natal (14), 71,4% o fizeram na última gestação, sendo que a concentração não chegou a 4 consultas por gestante. Estes

achados foram semelhantes aos de TANAKA e col., 1989, no Estado de São Paulo, e ficaram aquém das cinco consultas preconizadas internacionalmente como desejável (PREVENTING, 1985). SCHOR, N. e col., 1975, ao diagnosticar a assistência pré-natal em uma regional de saúde do Estado de São Paulo, verificaram que a ausência das gestantes nos serviços de pré-natal, apontaram alguns motivos dentre eles a inexistência da visita domiciliar, rigidez dos horários de funcionamento, e o mais importante além da qualidade, a falta de garantia de internação hospitalar, para o parto (ou intercorrências obstétricas).

Dos 17 casos com resposta conhecida, 70,6% tiveram cesariana, e dessas, 75,0% devido às complicações pré-existentes (convulsão, cardiopatias, atonia uterina). Houve dois casos de histerectomia (15,4%) dentre os óbitos das mulheres em Diadema que tiveram complicações. TANAKA e col., 1989, observaram 46,2% de cesarianas ao analisar a assistência em saúde materna no Estado de São Paulo. BECK e VULTUC, 1984, na Áustria encontraram 82,0% dos óbitos por causas maternas relacionados com cesariana.

Quadro 3 - MULHERES QUE FALECERAM DURANTE E ATÉ 1 ANO APÓS O PARTO. DIADEMA - 1985/6.

: N° :	: Estado :	: Gestações Anteriores :	: Pré-Última :	: Produto :	: Tempo :	: Causa de Morte**** :
: caso :	: Idade :	: Conjugal :	: NV NM A6 Total :	: Natal :	: Gestação :	: Parto :
:	:	:	:	:	:	: Óbito :
: 9 :	25 :	cas. :	- - 4 4 :	S :	NV** :	ces. 7 d Eclâmpsia (642) :
: 21 :	32 :	cas. :	3 - - 3 :	N :	Natimorto :	Nat. 11 d Cardiopatia Compl.Puerpério(648) :
: 26 :	20 :	cas. :	3 - - 3 :	---	NV :	--- 6 m Agressão p/ arma de fogo(965) :
: 68 :	28 :	cas. :	2 - 1 3 :	S :	NV :	Nat. 4:30h Rotura de Útero durante dequitação (665) :
: 91 :	25 :	cas. :	- - - - :	---	NV :	Ces. 10 m Esquistossomíase (120) :
: 92 :	28 :	cas. :	7 - - 7 :	N :	NV :	Ces. 36 h Eclâmpsia sobreposta à hipertensão (642) :
: 100 :	25 :	cas. :	1 - - 1 :	S :	NV :	Ces. 5 d Cardiopatia Compl.Puerpério (648) :
: 107 :	39 :	cas. :	6 1 - 7 :	N :	NV* :	Ces. parto Cardiopatia Compl.Parto (648) :
: 112 :	33 :	cas. :	1 - - 1 :	S :	NV*** :	Ces. 48 h Eclâmpsia (642) :
: 126 :	29 :	sep. :	1 1 --- --- :	---	Natimorto :	Ces. 5 m Suicídio c/ comprimidos (950) :
: 128 :	27 :	cas. :	4 1 --- --- :	---	NV :	--- 8 m Agressão p/instrumento perfuro-contundente(966): :
: 131 :	29 :	cas. :	1 - - 1 :	S :	NV :	Nat. 3 h Hemorragia pós-parto (666) :
: 170 :	37 :	cas. :	6 - 2 8 :	S :	NV :	Nat. 58 h Eclâmpsia sobreposta a hipertensão (642) :
: 172 :	30 :	cas. :	2 - 1 3 :	S :	NV :	Ces. 36 h Inércia Uterina (661) :
: 219 :	37 :	cas. :	4 - - 4 :	N :	NV :	Ces. 9 d Agressão c/ objeto contundente (968) :
: 226 :	25 :	cas. :	5 - - 5 :	S :	NV :	Ces. parto Parada cardíaca compl.cesária (669) :
: 228 :	38 :	cas. :	- - - - :	S :	NV :	Nat. 7 h Pré-eclâmpsia (642) :
: 264 :	22 :	cas. :	2 - - 2 :	---	NV :	Ces. 4 m Suicídio (958) :
: 297 :	30 :	cas. :	1 - 1 2 :	S :	NV :	Ces. 5 h Hematoma de incisão cesária (674) :

* Vívelu 17 horas

** Vívelu 3 dias

*** Vívelu 15 dias

**** os números entre-parentesis após a causa, referem-se ao código da mesma na CID 9a. revisão, 1975.

Das 19 mulheres que faleceram no período considerado, 10,5% os óbitos ocorreram durante o parto; 57,9% vieram a óbito até 11 dias após o parto por causas exclusivas de complicações ligadas ao parto e ao puerpério; houve um caso de óbito, no 9º dia após o parto, cuja causa básica foi agressão com objeto contundente. Como pode ser visto no Quadro 3, dos cinco casos que chegaram a óbito depois dos 42 dias, nenhum ocorreu por causa materna.

Das mulheres que faleceram por causas maternas, 22,7% tiveram como causa de óbito a pré-eclâmpsia ou a eclâmpsia (um e quatro casos). Com exceção de um caso, todas faleceram até dois dias e meio após o parto.

DELASCIO e EL KADRE, 1983, frisam que o prognóstico da paciente eclâmpsica é pior quando o atendimento é deficiente e quando as condições sócio-econômicas são ruins. Essas pacientes, além dos fatores médicos de agravamento da doença, como desnutrição e falta de assistência pré-natal, enfrentam ainda outros problemas, como ausência de transporte rápido após a crise convulsiva e tratamento inicial inadequado em centros médicos não especializados. O fato é que muitas vezes os casos de eclâmpsia são admitidos para tratamento já em fase de sério agravamento clínico.

A mesma situação foi encontrada em Diadema, onde, na entrevista familiar, foi citada a dificuldade de locomoção nos casos de emergência. Por outro lado, alguns respondentes afirmaram que as mulheres já apresentavam problema por ocasião do pré-natal (ex.: caso 112 - "sofria de pressão alta e a medicação indicada pelo médico do pré-natal não fazia efeito").

Em Diadema, os estados hipertensivos (aí incluídas as toxemias: pré-eclâmpsia e eclâmpsia e as hipertensões pré-existent) ficaram em primeiro lugar, seguidos das cardiopatias, das hemorragias e dos abortos. Resultado este, semelhante ao de SIQUEIRA e col., 1984, onde as principais causas de óbito por causas maternas no Brasil, em 1980 foram pela ordem: os estados hipertensivos, as hemorragias, as infecções puerperais, seguidas de aborto. Em São Paulo, onde se dispôs do 4º dígito da CID, a primeira causa de óbito materno foi a eclâmpsia, em seguida as hemorragias e em terceiro as infecções, quer próprias ou associadas à gravidez.

Com relação ao produto gestacional houve 89,5% nascidos vivos (dos quais 18,8% vieram a falecer em menos de 15 dias) e 10,5% de natimortos (Quadro 3).

4.2.4 MEDIDAS DE MORTALIDADE NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

As taxas de mortalidade associadas à gravidez e ao nascimento são um sensível indicador sócio-econômico da saúde da mulher. Além disso, o coeficiente de mortalidade materna tem sido sugerido como sendo o melhor substituto do coeficiente de mortalidade infantil para descrever a base dos fatores sócio-econômicos de um país.

Obter os dados no numerador para um estudo da mortalidade materna consiste em apresentar o maior número possível de óbitos maternos. Isto não é de nenhum modo fácil, pois os óbitos maternos estão sempre sub-notificados, inclusive aqueles que tratam de registro de população bem desenvolvida. Nos Estados Unidos um estudo recente mostrou que os óbitos maternos se apresentavam reduzidos em 50% porque os atestados de óbito não mencionavam se a morte tinha relação ou não com a gravidez (OMS, 1987).

Segundo HOGBERG e BROSTROM, 1985 as altas taxas de mortalidade materna estão associadas às carências sócio-econômicas. É estimado que todo ano 0,5 milhão de mulheres no mundo, morrem por Complicações da gravidez, do parto e do puerpério. Este número está subestimado, porque os registros das causas de morte cobrem apenas 10% da população da África e menos de 50% da América Latina.

Este estudo permitiu constatar, que das 112 mulheres em idade fértil, treze (11,6%) estavam grávidas no momento da morte, duas (1,8%) morreram durante o parto e 17 (15,2%) chegaram a óbito em período de até um ano após o parto. Estas somaram 32 mulheres, dessas, 22 (68,8%) vieram a óbito por Causas Maternas, segundo a opinião do investigador. Ao compará-las com aquelas anotadas na Declaração de Óbito (12), aqui chamadas causas reais e oficiais respectivamente, possibilitou dois tipos de análise:

1ª. Comparação entre o Coeficiente de Mortalidade Materna "Oficial" e o "Real": 157,81 e 289,32/cem mil nascidos vivos respectivamente, permitindo um ganho de 45,5% na opinião do investigador; e

2ª. Comparação entre as causas de morte, segundo a opinião do investigador (OI) com aquelas conhecidas da Declaração de Óbito (DO).

Ao se comparar com os resultados de LAURENTI e col., 1988 no Município de São Paulo, que foram respectivamente: mortalidade materna oficial 44,5 e mortalidade materna real 99,6/cem mil nascidos vivos (1986), verifica-se que Diadema apresentou dados aproximadamente três vezes maiores que os do Município de São Paulo, porém o ganho foi semelhante.

SIQUEIRA e col., 1984, estimaram a mortalidade materna em 70/cem mil nascidos vivos para o Brasil em 1980, a partir das estatísticas oficiais. Levando em conta o sub-registro de óbitos maternos estimado por PUFFER e GRIFFITH, 1967, a mortalidade materna no Brasil estaria ao redor de 150/cem mil nascidos vivos naquele ano.

GRAY, 1985 em documento sobre a mortalidade materna em países em desenvolvimento, relatou que em Gambia, Bangladesh e Índia, após pesquisas longitudinais e completa cobertura de eventos vitais, foram estimados entre 950 e 1050, 570 e 770, e 590/cem mil nascidos vivos respectivamente. Em Níger de 135 passou para 519/cem mil nascidos vivos, o que é esperado em países com pobres registros e cobertura incompleta dos serviços de saúde.

Relacionando-se as taxas de Diadema com países tais como Equador: 185,9, República Dominicana: 74, Perú: 108,2 e Colômbia: 126,0/cem mil nascidos vivos (1980) (ROYSTON e LOPEZ, 1987), Diadema apresenta números bem superiores àqueles em que se imagina a situação de saúde seja semelhante. Apenas deve-se atentar para a qualidade das estatísticas desses países, provavelmente, como as do Brasil, passíveis de sub-registros de óbitos maternos.

Os países que apresentavam as menores taxas eram Israel: 2,0 (1983), Suécia: 2,1 (1984) e Finlândia: 3,0/cem mil

nascidos vivos (1983) (UNITED NATIONS, 1986). Na França era de 15,5 (CHEVRAN-BRETON e col., 1985) e nos USA 11,8/cem mil nascidos vivos (FOX, 1985).

Outro tipo de análise dos óbitos por causas maternas, e indispensável para o estudo da Obstetrícia, para a elaboração de programas preventivos em Saúde materna e de pré-natal é aquela que apresenta o coeficiente de mortalidade materna por causas obstétricas diretas e indiretas.

Dentre as obstétricas diretas, neste estudo, apresentaram-se doze casos - 54,5% dos óbitos por causas maternas (Tabela 26 e Gráfico 14); quatro por eclâmpsia (22,8%), sendo dois casos sobrepostos à hipertensão pré-existente; um caso de pré-eclâmpsia; dois casos de aborto (9,2%), os cinco restantes apresentaram uma causa cada um: parada cardíaca consequente à cesariana, hemorragia pós-parto, inércia uterina inespecífica, rotura de útero durante a dequitação e hematoma de incisão cesariana, sendo que o coeficiente de mortalidade materna por causas obstétricas diretas foi de 157,81/cem mil nascidos vivos. SOUZA, 1982 encontrou nos hospitais de Florianópolis/SC um valor médio de 76,1 entre 1976 e 1979 e LAURENTI e col., 1988 encontraram em São Paulo um coeficiente de mortalidade por causas obstétricas diretas de 58,7/cem mil nascidos vivos.

**TABELA 26 - DISTRIBUIÇÃO DE ÓBITOS E COEFICIENTES DE MORTALIDADE,
SEGUNDO CAUSAS MATERNAS, DIADEMA 1985/6**

CAUSAS MATERNAS*	nº	%	Coeficiente**
Obtétricas Diretas	12	34,5	157,81
Aborto (636.0 e 639.6)	2	9,2	
Eclâmpsia e pré-eclâmpsia (642)	5	22,8	
Inércia uterina (661.2)	1	4,5	
Rotura de útero durante dequitação			
(665.1)	1	4,5	
Hemorragia pós-parto (666.2)	1	4,5	
Parada cardíaca cons. a cesaria			
(669.4)	1	4,5	
Hematoma da incisão cesaria ((674.3)	1	4,5	
OBSTÉTRICAS INDIRETAS	10	45,5	131,50
Bronquite compl. g.p.p.*** (648.9)	1	4,5	
Tuberculose compl.g.p.p. (647.3)	1	4,5	
Meningite compl.g.p.p. (647.6)	1	4,5	
D. Cardiovascular compl.g.p.p.			
(648.5)	4	18,3	
Dep. de álcool compl.g.p.p. (648.3)	3	13,7	
TOTAL	22	100,0	289,32

* número entre parênteses referem-se as causas CID 9a.

** por 100.000 nascidos vivos.

*** gravidez, parto e puerpério.

FOX, 1985 nos USA e CHEVRAN-BRETON e col., 1985, na França mostraram que nos países desenvolvidos as hemorragias são as principais causas obstétricas diretas (66,7% das causas maternas nos USA).

CIARI e ALMEIDA, 1972 afirmaram que a inadequada assistência hospitalar ao parto era o principal responsável pela morte materna por hemorragias. E o mal funcionamento (ou mesmo a inexistência) dos serviços de hemoterapia das maternidades, o fator preponderante.

Portanto, as causas obstétricas diretas, que dependem da assistência ao parto, podem ser evitadas, em boa parte, com melhor atenção no parto e no puerpério imediato.

Entre as causas obstétricas indiretas (10) 45,5%, (Tabela 26 e Gráfico 15) houve quatro casos de cardiopatias complicando a gravidez, o parto e o puerpério (18,3%). Na França também as cardiopatias estavam em primeiro lugar dentre as causas obstétricas indiretas (CHEVRAN-BRETON e col., 1985). Houve três casos de dependência de álcool complicando a gravidez (13,7%), e um caso de tuberculose, um de bronquite e um de meningite complicando a gravidez; assim sendo, foi possível calcular o coeficiente de mortalidade por causa obstétrica indireta: 131,50/cem mil nascidos vivos. LAURENTI e col., 1988

encontraram em São Paulo o coeficiente de mortalidade por causas obstétricas indiretas de 44,5/cem mil nascidos vivos.

Observa-se que as causas obstétricas indiretas, na sua maioria podem ser evitadas com pré-natal eficaz.

Com relação aos fatores relativos aos serviços de saúde, segundo reunião da OMS, em Genebra (WHO, 1986) a análise realizada em nove países mostrou que 63% a 80% dos óbitos por causas obstétricas diretas e 88% a 98% do total de óbitos maternos, poderiam ter sido evitados, provavelmente aplicando-se medidas apropriadas.

A falta de cuidados no pré-natal foi mencionada com frequência como fator contribuinte. Exemplo: em Portugal mais da metade das mulheres que morriam não recebiam assistência pré-natal.

Quanto ao tratamento médico deficiente das complicações, era um fator importante que se repetia com frequência. Estimou-se que os erros ou as condutas médicas inapropriadas eram um fator contribuinte em uma proporção que ia de 11% a 47% dos óbitos por Causas Maternas nos países em desenvolvimento. A falta de material essencial e pessoal treinado nos estabelecimentos médicos foram mencionados como fatores contribuintes (OMS, 1987).

Grande parte das mulheres já chega em estado grave devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Na sua maioria não tem condução própria e o transporte coletivo é precário.

As causas maternas não obstétricas (31,3%) referentes a dez óbitos havidos durante o ciclo gravídico-puerperal estendido, segundo LAURENTI e col., 1983, considerados aqueles decorrentes de causas acidentais ou incidentais não relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, apresentaram o Coeficiente de Mortes Maternas não Obstétricas de 131,50/cem mil nascidos vivos. LAURENTI e col., 1988, encontraram em São Paulo 65,8/cem mil nascidos vivos. Diadema apresentou taxas mais altas que São Paulo. Sem dúvida alguma a situação sócio-econômica, incluindo instrução e condições de habitação, e a violência foram dois grandes fatores de risco a que estavam sujeitas as mulheres de Diadema, objeto desta investigação.

4.3 FIDEDIGNIDADE DAS ESTATÍSTICAS OFICIAIS, QUANTO À CAUSA DE MORTE

4.3.1 NA MORTALIDADE FEMININA

Através de trabalhos anteriores foi medida a deficiência da informação relativa às causas de morte em geral (MILANESI e LAURENTI, 1964), (FONSECA e LAURENTI, 1974),

especificamente com relação às Causas externas (MELLO JORGE, 1988) e às Causas maternas (LAURENTI e col., 1988); sabe-se, portanto, que a qualidade das informações contidas nas Declarações de Óbitos deixa ainda a desejar, apesar de cursos e bibliografia especializada virem sendo efetuados com esse objetivo (LAURENTI e MELLO JORGE, 1983, LAURENTI e col, 1987).

Foi também objetivo desta investigação, verificar a fidedignidade das estatísticas oficiais, visto que a metodologia adotada favorecia esta análise.

A Tabela 27 apresenta as causas de morte anotadas na DO, codificadas segundo os capítulos da CID (MANUAL, 1980) e após a utilização da metodologia preconizada que se convencionou chamar de OI. As informações adicionais obtidas a partir dessa metodologia permitiram, acima de tudo, dar diagnóstico mais preciso à grande maioria dos casos em cuja Declaração de Óbito constasse apenas uma causa mal definida.

Algumas causas não apresentaram mudanças significativas da DO para a OI, tais como as do capítulo Causas do aparelho cardiovascular; Doenças infecciosas e parasitárias, Neoplasias, Doenças do aparelho digestivo, e Doenças do aparelho geniturinário (Tabela 27 e Gráfico 14),

Tabela 27- CAUSAS BÁSICAS DE MORTE DE MULHERES DE 10 E MAIS ANOS, DIADEMA - 1985/6.

Causas (CID - 9)	Declaração de óbito		Opinião Investigador	
	Nº	%	Nº	%
Doenças Infecciosas				
Parasitárias (001-139)	11	3,4	11	3,5
Chagas (086)	-		4	1,3
Esquistossomíase (120)	1	0,3	3	0,9
Neoplasia (140-239)	46	14,1	45	14,2
Maligno de mama (174)	7	2,1	7	2,2
Maligno colo de útero (180)	2	0,6	4	1,3
Doenças End.Nut.Imunit (240-279)	16	4,9	26	8,2
Diabetes (250)	6	1,8	24	7,6
Doenças de Sangue (280-289)	-		1	0,3
Anemia não espec. (285)	-		1	0,3
Transtornos mentais (290-319)	-		16	5,1
Psicoses (290-294)	-		2	0,6
Síndrome Dep.Alcool (303)	-		5	1,6
Doenças Sistema Nervoso (320-389)	7	2,1	4	1,3
Menigite (320)	1	0,3	3	0,9
Doenças Ap.Circulatório (390-459)	115	35,3	111	35,1
Hipertensão (401-405)	10	3,1	54	17,1
D.Coração (410-429)	47	14,4	26	8,2
D.Cérebro Vasculares(430-438)	53	16,3	22	7,0
Doenças Ap.Respiratório (460-519)	19	5,8	9	2,8
D.Pulmonar Obstrutiva(490-496)	8	2,5	6	1,9
Doenças Ap. Digestivo (520-579)	12	3,7	11	3,5
D.Fígado, Vesícula e Pâncreas: (570-579)	11	3,4	8	2,5

Causas (CID - 9)	Declaração de óbito		Opinião Investigador	
	Nº	%	Nº	%
Doenças Aparelho Geniturinário	4	1,2	4	1,3
Compl.Gravidez, Parto e Puerpério (630-676)	12	3,7	22	7,0
Doenças Sistema Osteomuscular (710-731)	2	0,6	2	0,6
Anomalias Congênitas (740-759)	3	0,9	2	0,6
Sintomas Sinais Mal Definidas (780-799)	49	15,0	17	5,4
Causas Externas (E800-E999)	30	9,2	35	11,1
Acidente Trânsito (E810-E819)	10	3,1	10	3,2
Suicídio (E950-E959)	3	0,9	6	1,9
Homicídio (E960-E969)	14	4,3	15	4,7
Ignorado	1	-	11	-
TOTAL	327	100,0*	327	100,0*

*os percentuais foram calculados sobre informações conhecidas

Entre as causas que apresentaram aumento mais significativo da DO para OI estavam as Doenças das glândulas endócrinas e Complicações da gravidez, do parto e do puerpério. Houve aumento também das Causas externas, apesar de se imaginar que, devido às lesões, essas causas deveriam ser mais facilmente detectadas, e assim sendo não haveria mudança de DO para OI (Gráfico 14).

**GRAFICO 14 - CAUSAS DE MORTE- MULHERES,
10 ANOS E MAIS,POR DECLARAÇÃO DE ÓBITO E
OPINIÃO DO INVESTIGADOR, DIADEMA-1985/6**

Nota-se que não houve caso de Transtornos mentais na DO e sim 16 casos (5,1% de todas as causas) na OI (Tabela 27 e Gráfico 14).

Entre as causas que diminuíram têm-se principalmente as Doenças do aparelho respiratório (5,8 para 2,8%) e as Causas mal definidas (15,0 para 5,4%); as primeiras, provavelmente, por serem causas terminais, muitas vezes devido a falta de informações, passam a ser as causas básicas do óbito; as segundas tiveram diminuição significativa, devido provavelmente às melhores informações conseguidas nos prontuários dos hospitais, nas entrevistas domiciliares e no IML.

Ao desmembrar-se os capítulos tem-se um aumento no número de casos de esquistossomíase, neoplasma maligno de colo de útero, meningite, suicídio e homicídio, quando os casos foram analisados pelo investigador. Merece destaque o aumento em diabetes (de 1,8% para 7,6%) e em hipertensão (de 3,1% para 17,1%).

LAURENTI e col, 1988 também encontraram diferenças significantes, quando refizeram os atestados: para mais, nas Doenças endócrinas e nas Complicações da gravidez, do parto e do puerpério; e para menos, entre as causas dos Aparelhos circulatório e respiratório.

4.3.2 NA MORTALIDADE NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL

Quanto ao estudo da Mortalidade Materna, o erro mais fácil de se cometer consiste em subestimar sua magnitude. É provável que faltem em particular certos tipos de óbitos maternos, porque são difíceis de reconhecer (ex: gravidez ectópica) ou porque levam consigo um estigma social (ex: óbitos por aborto ilegal e óbitos maternos de mães solteiras). Também é provável que passem especialmente despercebidos os óbitos de mulheres que vivem nas camadas marginais da sociedade (ex: migrantes pobres) (OMS, 1986).

Pela importância do tema, resolveu-se destacar as causas de morte das mulheres durante o ciclo gravídico puerperal (32) mostrando as diferenças entre as causas de morte na opinião do investigador e nas declarações de óbito.

Essa comparação evidencia a importância do subsídio, que as informações domiciliares, o prontuário hospitalar e o laudo do IML fornecem ao investigador, e como esses dados influenciam na tomada de decisão na área da saúde.

Observou-se uma concordância de 59,4% da opinião do investigador com a declaração de óbito, sendo que este percentual cai para 21,9% em se tratando do quarto dígito, segundo a CID (MANUAL, 1980), conforme pode-se observar na Tabela 28.

Tabela 28 - DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS DAS MULHERES, QUE FALECERAM DURANTE O CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL, SEGUNDO NÍVEL DE CONCORDÂNCIA / DISCORDÂNCIA ENTRE A OPINIÃO DO INVESTIGADOR E A DECLARAÇÃO DE ÓBITO, DIADEMA -1985/6

Concordância / Discordância	nº	%
concordância	19	59,4
capítulo	(19)	(59,4)
3º dígito	(12)	(37,5)
4º dígito	(7)	(21,9)
discordância	13	40,6
Total	32	100,0

Estes números evidenciam que a qualidade da variável causa de morte na Declaração de Óbito deixa, ainda, muito a desejar.

Descritos a seguir, estão os casos de mortes no ciclo gravídico-puerperal em que houve discordância no capítulo entre a opinião do investigador e na declaração de óbito:

(Caso nº 48) MNF de 42 anos, nascida no Paraná; há oito anos em Diadema, com 1º grau incompleto; lavava roupa para fóra; era casada; passou a beber depois que um dos filhos faleceu. Tinha problema cardíaco, queixava-se de dor no peito e de cabeça e sofria de varizes. Teve dez filhos, desses, dois haviam falecido. Teve um aborto. Estava no primeiro trimestre de gravidez; só fazia pré-natal depois do sexto mês. Durante

essa gravidez, queixava-se de dor de cabeça, dor e manchas nas pernas. Não gostava de ir ao médico. Desmaiou de repente. Morreu ao dar entrada no Hospital. DO: Falência respiratória (799.1) e OI: Cardiopatia complicando a gravidez (648.6)

(Caso nº 291) VBB de 27 anos, da Bahia; não sabiam há quanto tempo em Diadema; fez mobral; era empregada doméstica; solteira; morava parte do tempo no emprego e parte com a irmã, cunhado e cinco sobrinhos. Nunca tinha tido filho ou aborto antes. Segundo a irmã, VBB falou para a patroa que não estava bem e que ia para casa, a fim de ir ao médico. Estava com febre alta e dor no abdome; foi levada para o hospital. A irmã achou que ela estava menstruada. No hospital, segundo prontuário: deu entrada com sangramento vaginal há dois dias. Referiu atraso menstrual há um mês. Diagnóstico inicial: abortamento evitável. Piorou seu estado durante a noite e veio a falecer durante a madrugada. Antes, porém, apresentou-se extremamente agitada, com secreção espumosa sanguinolenta pela boca; arritmia cardíaca, quadro compatível com edema agudo de pulmão. Segundo a irmã: namorava um homem casado há seis anos. Nunca falou que estivesse grávida, porém depois que faleceu encontraram envelope de comprimidos de efeito abortivo em sua bolsa. DO: Embolia pulmonar (415.1); OI: Aborto induzido complicado por embolia (636.6)

(Caso nº 4) IM de 30 anos, natural de Minas Gerais, em Diadema há oito anos, com 1º grau incompleto; casada: não trabalhava para fora; sempre se queixou de bronquite. Teve dois filhos. Estava no quinto mês de gravidez; portadora de bronquite crônica há dez anos, sentiu falta de ar e cansaço; levaram-na para o hospital Diadema, porém faleceu antes mesmo de chegar ao hospital. A criança não chegou a nascer. DO: Asma intrínseca (493.8) OI: Bronquite complicando a gravidez (646.9).

(Caso nº 238) ROS de 24 anos, nascida em Diadema, com 1º grau incompleto, não trabalhava para fora; abandonada pelo marido. Sofria de problema cardíaco, reumatismo e hipertensão. Teve dois filhos e um aborto. Estava no oitavo mês de gravidez. Fazia pré-natal no posto da prefeitura; não dormia bem, perdia o apetite e às vezes achava que a criança estava morta. Tinha dores de cabeça e nas pernas. O médico tinha avisado para não engravidar. Foi internada e conforme prontuário: estava com febre há cinco dias. Apresentando sangramento nasal e pela boca; foi medicada. Gestante no oitavo mês, meningite bacteriana por stafilococo Gram negativo. Medicada, porém, apresentou crises convulsivas repetidas. Após quatro dias de internação, veio a falecer. O feto apresentou foco negativo. DO: Meningite não especificada (320.9); OI: Meningite complicando gravidez (647.8).

(Caso nº 167) AAL de 24 anos, natural do Ceará, há três anos em Diadema, com o 2º grau completo (foi professora no

nordeste). Não trabalhava para fora na ocasião do óbito. Era casada e tinha tido um filho e um aborto. Do Centro de Saúde de Diadema e do Hospital São Lucas foi encaminhada para o Hospital do Mandaqui. Segundo prontuário hospitalar: diagnóstico de tuberculose pulmonar ativa e septicemia, em mau estado geral. História de disfagia e distonia há um mês, esteve internada por pneumonia. A laringoscopia indireta mostrou tumor de hipofaringe, hipótese diagnóstica: neoplasia. Não fez raio X nem biópsia porque não tinha direito ao INAMPS. Observação: paciente grávida (prontuário do hospital de Diadema). Ao dar entrada no Hospital do Mandaqui, referiu ter tido aborto há quinze dias, apresentando dor intensa abdominal: provável infecção baixa, devido ao aborto e curetagem. Apresentou deiscência de parede vaginal. Hipótese diagnóstica: restos ovulares. Evoluiu em mau estado geral até o óbito, após oito dias de internação naquele hospital. Diagnóstico principal Tuberculose miliar - disseminação: pulmão e intestino; peritonite aguda purulenta, devido a perfuração de úlcera. Tuberculose localizada na porção do intestino delgado. DO: Tuberculose miliar (018.9); OI: Tuberculose complicando a gravidez (647.3).

(Caso nº 64) NAM de 30 anos, nasceu no Paraná, há 18 anos em Diadema, com 1º grau incompleto, costurava para fora. Tinha companheiro. Bebia. Com problema cardíaco e pressão alta; era obesa, segundo o pai. Teve dois filhos e um aborto. Estava no primeiro trimestre de gravidez. Não sabia se ela fazia pré-natal. Morreu de repente. Bebeu e sentiu-se mal. Gemente, levaram-na para o pronto-socorro, mas já chegou morta. Opinião do pai: foi o coração e a bebida - tomou álcool etílico contaminado. DO: Causa desconhecida (799.9); OI: Dependência de álcool complicando a gravidez (648.3).

(Caso nº 131) NTSD de 29 anos, natural de Minas Gerais, em Diadema há seis meses; com 1º grau incompleto; não trabalhava; era casada. Apresentou náuseas e vômitos no início da gravidez. Segundo prontuário hospitalar, NTSD, após parto normal, apresentou quadro de atonia uterina. Após tentativa medicamentosa foi necessário realizar histerectomia puerperal. Apresentou choque hipovolêmico e coagulopatia, pré-choque, choque e parada cardíaca. Era primigesta. Teve recém-nascido normal. DO: Afecção do útero (621.9); OI: Hemorragia pós-parto (666.2).

(Caso nº 100) JFV de 25 anos, natural de Pernambuco, residia há dois anos em Diadema; tinha 1º grau incompleto, não trabalhava para fóra. Era casada. Nulípara. Queixava-se de falta de ar e dor no coração. Durante a gestação fazia pré-natal com médico de convênio em São Paulo. Permaneceu seis meses em repouso. Segundo o marido, desde que a conheceu tinha "hipertensão pulmonar - válvulas fechadas". O médico não

queria que engravidasse. Chegou a fazer cateterismo durante a gravidez. Fez cesariana e cinco dias depois faleceu em hospital de São Paulo, ao qual não se teve acesso. A criança sobreviveu. DO: Anomalias do coração (746.9); OI: Cardiopatia complicando o parto e o puerpério (648.5).

(Caso nº 21) AFS de 32 anos, nascida na Bahia, há três anos em Diadema, não chegou a completar o 1º grau. Não trabalhava para fóra; era casada. Tinha problemas cardíacos. Teve quatro gestações, três filhos vivos. Fez pré-natal. Queixava-se de inchaço na pernas. Tinha dado a luz um natimorto quinze dia antes de falecer. De repente começou a vomitar, ficou parada no lugar, levaram-na para o hospital, mas morreu ao dar entrada. Segundo prontuário hospitalar: cardiopatia grave, choque miocardiogênico. Paciente deu entrada em coma superficial. Familiares relataram que teve episódios de vômitos, desmaio e liberação de esfíncter. Antecedentes: paciente cardiopata com antecedentes de epilepsia. Mal estado geral, internada na UTI às 17 horas; veio a óbito às 17:35 horas. Irmã cardiopata. DO: Epilepsia convulsiva (345.1); OI: Cardiopatia complicando o puerpério (648.5).

(Caso nº 219) LSM de 37 anos, nasceu em São Paulo, há 20 anos em Diadema; com 1º grau incompleto; casada; bebia; tinha ataque epilético; apanhava do marido. Teve quatro filhos; o último parto foi cesariana para fazer laqueadura. Não fez pré-natal. Segundo familiares, quando voltou da maternidade, três dias após o parto, negou-se a ter relação sexual com o companheiro, que deu-lhe uma surra e pisoteu seu abdome, abrindo a ferida cirúrgica. Segundo prontuário hospitalar, admitida com ferida de cesariana infectada; apresentando secreção purulenta com odor e edema local. Desnutrida. Após nove dias de internação, apresentou septicemia, vindo a falecer. Segundo diagnósticos finais de autópsia do IML: Septicemia por peritonite aguda, produzida por agente contundente. DO: Peritonite não especificada (567.9); OI: Agressão por objeto contundente (968.2).

(Caso nº 264) LASP de 22 anos, natural de São Bernardo do Campo; morava em Diadema há 6 meses; com 1º grau incompleto; era industriária. Casada com três filhos, sem menção de aborto. Fez laqueadura quatro meses após ter feito cesariana, quando teve seu último filho. A tia e vizinha contaram que a meia-noite o marido pegou o carro do vizinho e levou LASP para um hospital em São Paulo. O marido diz que ela colocou álcool no corpo e se trancou no banheiro. Segundo a tia, o casal brigava muito e ela tinha ciúmes do marido. Segundo prontuário hospitalar: paciente tentou suicídio com álcool, sofrendo queimaduras de 2º e 3º graus com mais de 50% de área queimada. Após ser medicada foi encaminhada para o Hospital

das Clínicas, onde veio a falecer, cinco dias após o acidente. DO: acidente por fogo (899.0); OI: Suicídio por fogo (958.1).

(Caso nº 126) AGES de 29 anos, natural de Minas Gerais, há mais de onze anos em Diadema, com 1º grau incompleto; industriária; separada do marido há dois anos. Bebia às vezes; queixava-se de pressão alta. Tinha tentado suicídio. Teve duas gestações. Um filho vivo e cinco meses antes de morrer teve um natimorto de parto cesariana. Estava em casa, quando desmaiou, a prima achou que era comum; a vizinha achou que era diferente, pois tinha urinado; chamaram a ambulância. Morreu ao dar entrada no hospital. Segundo a prima, tentou suicídio porque o marido tinha abandonado-a. Tomou calmante em grande quantidade. DO: Causa desconhecida (799.9); OI: Suicídio (950.3).

(caso nº320) MCCS de 32 anos, natural de Minas Gerais, há 3 anos em Diadema, analfabeta, não trabalhava fora. Vivia com o companheiro. Bebia; inclusive foi encaminhada ao serviço psiquiátrico, ao qual não compareceu. Não tinha direito à assistência médica, mas procurava o pronto socorro municipal, devido às dores constantes do estômago. Sofria de hipertensão, mas não tratava. Tomava "higroton" do tio. Teve um filho e "mais ou menos três abortos provocados por ela; geralmente o fazia com talona de mamona". Estava grávida de três ou quatro meses. Não fazia pré-natal. Sentia dor de estômago, pés inchados e evacuava sangue. Não estava internada. Disse que ia dormir para passar a dor de estômago e a tremedeira. Quando perceberam já estava morta. DO: Causa desconhecida (799.9); OI: Dependência de álcool complicando à gravidez (648.3).

5 - CONCLUSÕES

O estudo da mortalidade das mulheres de Diadema em 1985/6 permitiu concluir:

1. quanto às características pessoais:

- . o coeficiente de mortalidade foi de 257,4/cem mil mulheres;
- . as maiores concentrações foram de mulheres acima de 50 anos (64%); na maioria migrantes, principalmente oriundas do Nordeste. Mais de 50% se fixaram em Diadema há mais de 10 anos. No entanto, a migração continuava principalmente do Nordeste, entre mulheres jovens, visto que algumas chegaram à Diadema há menos de um ano antes do óbito;
- . mais de 1/3 da população fumava e 12,9% tinham o hábito de beber. A prevalência da dependência de álcool, de acordo com o teste CAGE, foi de 7,7% o que sugere alto índice de alcoolismo.

2. Quanto às características sócio-econômicas:

- . mais da metade das mulheres era analfabeta (51,4%);
- . apenas 13,9% tinham atividades remuneradas e dessas na maioria eram empregadas domésticas; mais de 90% recebiam menos de um salário mínimo por mês;
- . mais da metade viviam com menos de um salário mínimo por pessoa na casa, o que indica uma população de baixa renda;
- . A maioria morava em casa própria (57,4%), o que leva a crer que em algum momento, no passado, essa população teve condições de adquirir um imóvel;

portanto o grupo estudado apresentou baixo nível sócio-econômico.

3. Quanto às características de saúde:

- . a diferença insignificante entre o número de mulheres menstruadas e mulheres em idade fértil, fez com que fosse mantido o eixo classificatório preconizado pela OMS, isto é mulheres em idade fértil (15 a 49 anos);
- . não houve óbitos maternos no grupo de 10 a 14 anos;
- . a média de número de filhos nascidos vivos (4,8/mulher é inferior a vários países da América Latina;
- . o percentual de mulheres que tiveram aborto (27,5%) está entre os encontrados em outras investigações; a média entre elas foi de 1,5/mulher;
- . o percentual de mulheres que tiveram natimortos (16,7%) foi igual ao encontrado em município da Grande São Paulo; a média foi de 0,9/mulher do grupo idade fértil;
- . 1/3 dessa população usava algum método anticoncepcional, a maioria (78,3%) usava a pílula, 17,4% haviam se submetido à laqueadura;
- . as principais queixas e/ou doenças pré-existentes à causa de óbito foram pressão alta, problemas do coração, diabetes, bronquite e problemas do estômago;
- . entre as que fumavam: pressão alta e bronquite;
- . entre as que bebiam: pressão alta e problemas do estômago;
- . mais de 15% da população fez tratamento para Transtornos mentais;

cêrca de 70% tinham direito à assistência do INAMPS;

4. quanto às características do óbito:

- . a população estudada morreu principalmente de Doenças crônico-degenerativas: do Aparelho circulatório (35,1%) e dessas a hipertensão foi a principal com 17,1%; de Neoplasias (14,2%) principalmente por câncer de mama, de útero e de estômago; e de Doenças das glândulas endócrinas (8,2%) representadas pelo diabetes;
- . em terceiro lugar apareceram as Causas externas (11,1%) sendo que praticamente a metade foram casos de homicídio; 3,8% dos óbitos hospitalares foram por Causas mal definidas, revelando deficiência no preenchimento dos prontuários hospitalares e falta de necrópsia para esses casos;
- das mulheres que morreram por Doenças do aparelho respiratório, 66,7% fumavam e das que morreram por Doenças do aparelho digestivo, mais de 50% bebiam;
- . mais de 70% dos óbitos foram hospitalares e a média de permanência foi de 6,5 dias;
- . o número de óbitos a caminho do hospital aumentou quase sete vezes após a investigação, o que mostra que grande parte da população estava tendo dificuldade de acesso à assistência em saúde;
- a maioria dos respondentes tinha noção correta sobre a causa do óbito da pessoa em questão.

5. quanto às características da mortalidade das mulheres em idade fértil:

- . o coeficiente de mortalidade desse grupo foi de 116,98/cem mil mulheres;
- . representaram 34,3% do total de óbitos; sendo que 1/4 foi devido às Causas externas e mais de 20% por Complicações da gravidez, do parto e do puerpério (principais causas no grupo de 20 a 39 anos);
- . 11,6% estavam grávidas e 17,0% faleceram durante e até um ano após o parto. Essas mulheres tinham em média 29 anos;
- . os óbitos por causas maternas no puerpério ocorreram até 11 dias após o parto;
- . Dentre as causas maternas, os estados hipertensivos ficaram em primeiro lugar, seguidos das cardiopatias, das hemorragias, e dos abortos;
- . as poucas mulheres que fizeram pré-natal, não o frequentaram em número de vezes preconizado como sendo razoável;
- . O coeficiente de mortalidade materna foi de 289,32/cem mil nascidos vivos.
- . Quanto às causas obstétricas diretas, o coeficiente foi de 157,81 e o coeficiente por causas obstétricas indiretas foi de 131,50/cem mil nascidos vivos. Estes coeficientes foram considerados muito altos em relação àqueles aos quais foram comparados, sendo semelhantes somente às regiões de baixas condições sócio-econômicas, o que vem confirmar a premissa da OMS, que o coeficiente de

mortalidade materna descreve a base dos fatores sócio-econômicos e a própria situação do município estudado.

6. quanto à fidedignidade das estatísticas vitais:

- . houve aumento das causas de óbitos por Doenças das glândulas endócrinas que passaram do sexto para o quarto posto em importância (de 4,9 para 8,2% do total); Complicações da gravidez, do parto e do puerpério do sétimo para o quinto posto (de 3,7 para 7,0%); sendo que o coeficiente de mortalidade materna de 157,8 (ofical) passou para 289,32/cem mil nascidos vivos (real), permitindo um ganho de 45,5%;
- . Transtornos mentais que não existiam na Declaração de óbito, situaram-se na Opinião do Investigador em sétimo lugar com 5,1% do total de óbitos;
- . Houve diminuição das causas de óbitos mal definidas que passaram do segundo para o sexto posto (de 15,0 para 5,4%); e também entre as Doenças do aparelho respiratório, do quinto para o décimo posto (de 5,8 para 2,8%);
- . Houve discordância de causas de óbitos (Opinião do Investigador e Declaração de óbito) das mulheres que estavam no ciclo gravídico-puerperal a nível de capítulo em 40,6% dos casos; sendo que a concordância até o 4º dígito da Classificação Internacional de Doenças foi de apenas 21,9%.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve por finalidade oferecer subsídios ao programa de saúde da mulher. Esta proposta não foi estanque, haja vista que o Plano Mundial de Ação do Decênio das Nações Unidas para a Mulher (OPAS, 1983) preconiza que os governos membros devem concentrar suas atividades em aliviar os problemas da mulher nos setores de emprego, da educação e da saúde.

O programa de saúde da mulher deveria, a nosso ver, começar na escola, integrado à alfabetização, sendo que a profilaxia das doenças e dos acidentes deveria estar presente nos textos a serem estudados.

Os jovens deveriam estar imbuídos na participação da manutenção da saúde da família, da sua cidade e do reflexo dessa atitude no desenvolvimento do país. Esta linguagem comum entre os técnicos em saúde, deveria se estender a toda população, principalmente entre a população escolar.

Portanto, a educação em saúde para jovens é muito mais ampla que a educação sexual, ainda hoje preconizada. Aliás, o jovem deveria estar tão familiarizado com a educação em saúde, que teria melhores condições de compreender não só o aspecto fisiológico, mas a amplitude do fator comportamental da educação sexual.

Imagina-se que a população, consciente de suas necessidades, iria participar de maneira positiva do sistema de saúde, e ao mesmo tempo exigir melhores serviços.

A mulher deveria ser conscientizada de que ela é o "carro-chefe" da família em direção à saúde. Portanto, deveria ser respeitada e encorajada a trabalhar com a equipe técnica local em prol da saúde de sua família, e em decorrência, da sua comunidade.

Com relação à saúde específica da mulher de Diadema, além dos programas educativos para jovens, verificou-se falta de controle da hipertensão e do diabetes na idade adulta. Mesmo as mulheres no ciclo gravídico-puerperal que receberam alguma assistência durante o pré-natal, esta foi sofrível, porque boa parte delas veio a falecer por doenças hipertensivas e cardíacas de um modo geral. Portanto, a assistência pré-natal deveria ser intensificada.

O controle de câncer de colo de útero e de mama poderia e deveria ser feito a nível local por pessoal treinado e supervisionado por equipe técnica em saúde.

A vigilância epidemiológica deveria transcender as doenças transmissíveis de notificação compulsória, abrangendo também as causas maternas, a hipertensão, as cardiopatias, o diabetes, o alcoolismo.

As profilaxias do alcoolismo, do fumo, das drogas, deveriam estar integradas nos programas de saúde oficiais, assim como vem sendo preconizadas por grupos particulares ou filantrópicos isolados.

Os programas de planejamento familiar deveriam, além de estar inseridos naquele de saúde da mulher, ser de mais fácil acesso às usuárias, não só no que diz respeito à contracepção, como também aos estudos de infertilidade.

A população periférica deveria contar com unidades de emergência (pelo menos uma ambulância, junto ao posto de saúde), para facilitar o acesso aos hospitais, diminuindo assim, os óbitos a caminho do hospital, sem assistência.

As anotações nos prontuários hospitalares deveriam ser padronizadas; pelo menos ter um diagnóstico inicial e outro de alta hospitalar; a evolução deveria ser diária, com dados concretos sobre sinais e sintomas do paciente.

Os médicos deveriam seguir, rigorosamente as recomendações da Classificação Internacional de Doenças no preenchimento da Declaração de Óbitos.

Deveria haver verificação (visita domiciliar, consulta ao prontuário hospitalar) dos óbitos por causas

preveníveis (RUTSTEIN e col. 1976), principalmente entre a população em idade fértil. Deveriam também ser solicitadas necrópsias dos óbitos por causas mal definidas, aumentando o número de causas conhecidas e preveníveis.

Os dados sobre mortalidade deveriam retornar ao nível da unidade básica de saúde do domicílio da pessoa em questão, a fim de:

1. favorecer concretamente sua prevenção; e
2. mostrar a importância da necessidade do dado correto; o que seria o "feed-back" da informação, para o pessoal que trabalha na unidade básica de saúde.

Essas seriam algumas sugestões que, acredita-se de fácil execução, e, a maioria delas, não acarretaria ônus significativo para o poder público e se adequariam a qualquer programa básico de saúde da mulher.

Por outro lado, esta investigação deixa em aberto uma série de dados que poderão dar margem a novos estudos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMS, M.B. Birth control use by teenagers. J. Adolesc Hlth Care, 6: 196-200, 1986.
- ALEXANDER, C.S. Women as victims of crime. Apud: Leslie, L.A. & Swider, S.M. Changing factors and changing needs in women's health care. Nur. Clin. North Am., 21:111-23, 1986.
- BARROSO, C. A saúde da mulher no Brasil: 1975-1985. Rev.Fund.SEADE: S.Paulo perspect., 2: 25-33, 1986.
- BARROSO, C. Mortalidade materna: uma questão política. Brasília, 1989. (apresentado no Encontro Nacional de Saúde da Mulher, Brasília, 1989 - mimeografado]
- BECK, A & VUTUC, C. Die mortalitat und letalitat der sectio cesarea Gerburstsh u. Frauenheilk, 44: 421-4, 1984.
- BERNARD, R.P. & SASTRAWINATA, C. 3D display of stillbirth in Indonesian obstetrics. Part 3: antenatal visits as preventive determinant. Sozial-Praeventivmed, 29:94, 1984.
- BERNHARD, L.A. Redefining sexuality from womens's own experiences. Nur. Clin North Amer, 21:125-36, 1986.
- BRODBER, E. Perceptions of caribbean women. In: World Health Organization Women in the Caribbean project. Barbados, 1982 (4. ISER)
- CAMARGO, C.P.ÇF. et al. Crescimento e pobreza. São Paulo. Ed.Loyola, 1975.
- CHEVRAN-BRETON, O et al. Mortalitté maternelle d'origine obstétricale. J.Gynec.Obstet.Biol.Reprod, 14: 385-93, 1985.
- CIARI Jr. C. & ALMEIDA, P.A.M. de Análise do coeficiente de mortalidade materna no município de Osasco, São Paulo, Brasil. Rev. Saúde publ, S.Paulo, 6:237-44, 1972.
- COMPLICATIONS of abortions in developing countries. Popul Rep. Ser.F, (7), 1982.
- CROFT, P. & HANNAFORD, P.C. Risk factors for acute myocardial infarction in women: evidence from the Royal College of General Practitioners oral contraception study. Br. med. J., 298: 165-8, 1989.
- DELASCIO, D. & EL-KADRE, D. Hipertensão na gravidez. São Paulo, Sarvier, 1983.

FINN, R. et al. Immunological responses in pregnancy and survival of fetal homograht. Br.Med J, 15: 150, 1972.

FISHEL, A Mental health. Apud: Leslie L.A. & Swider, S.M. Changing factors and changing needs in women's health care. Nur. Clin. North Amer., 21: 111-23, 1986.

FONSECA, L.A.M. & LAURENTI, R. Qualidade da certidão da causa da morte em São Paulo. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 8:21-9, 1974.

FOX, L.P. A return to maternal mortality sutudies: a necessary effort Amer.J. Obstet Gynec, 152: 379-87, 1985.

GRAY, R.H. Maternal mortality indeveloping countries (Editorial) Int. J Epidem., 14, 1985.

GUIMARÃES, C. Leitos de assistência em hospitalal geral do Vale do Paraíba. São Paulo, 1979 (Tese de Livre-Docência. Fac.Saúde Pública - USP).

GUIMARÃES, C. et al. Mortalidade de adultos de 15 a 74 anos de idade em São Paulo, Botucatu e São Manoel (Brasil) 1974/1975. Rev. Saúde públ., S.Paulo, (supl.2) 1979.

HAKULINEN, T. et al Global and regional mortality patterns by cause of death in 1980. Int. J Epidem., 15: 226-33, 1986.

HOGBERG, U & BROSTROM, G. The demograph of maternal mortality - seven swedish parishes in the 19th century. Int. J Gynaec. Obstet, 23: 489-97, 1985.

HOLDEN, C. Why do women live longer than men? Science, 238: 158-60, 1987.

INDICADORES sócio-demográficos. a mulher brasileira - estatísticas de saúde. RADIS - dados Fiocruz out. 1986.

IACOPONI, E et al. At risk drinking in primary care: report from a survey in Sao Paulo, Brazil. Brit. J. Addic., 84: 653-8, 1989.

IONESCU, A. et al. Adolescência e gravidez. In: coletânea sobre saúde reprodutiva do adolescente brasileiro. Brasília, OPAS, 1988. p.209-26.

JACOBS, R.A. Typology of older american women. Soc. Pol., 7:34-9, 1986.

JENKINS, R. & CLARE, A.W. Women and mental illness. Brit. med J, 291: 1521-2, 1985.

- KAUNITZ, A.M. et al. Causes of maternal mortality in USA. Obstet. Gynec., 65: 605-12, 1985.
- KIVELA, S.L. & HONKANEN, R. Mortality from violent causes among the elderly population in Finland in 1951-1979. Scand J Soc Med, 14: 31-8, 1986.
- LAURENTI, R. & MELLO JORGE, M.H.P. O atestado de óbito. São Paulo, CID, 1983.
- LAURENTI, R. et al Mortalidade materna: causas básicas e associadas de morte em quatro municípios. São Paulo, 1983 (mimeo).
- LAURENTI, R. et al Estatísticas de saúde. São Paulo, EPU, 1987.
- LAURENTI, R. et al. Mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos no município de São Paulo. relatório final (1a. parte) 1988. (mimeo)
- LESLIE, L.A. & SWIDER, S.M. Changing factors and changing needs in women's health care. Nur. Clin. North Amer., 21: 111- 23, 1986.
- LOPEZ, A.D. Sex differentials in mortality. WHO Chron., 38: 217-24, 1984.
- LOPEZ, A.D. y RUZYCKA, L.T. Sex differentials in mortality: trends determinants and consequence. Camberra, 1983.
- McELMURRY, B.J. & LIBRIZI, S.J. The health of older women. Nurs. Clin North Amer., 21: 161-71, 1986.
- MANUAL da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causa de óbito; 9a. revisão, 1975. São Paulo, Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português/ Ministério da Saúde/ Universidade de São Paulo/ OPAS, 1980. 2v.
- MASIRONI, R. & ROTHWELL, K. Smoking trends and effects worldwide (summary) Wld Hlth Statist. quart., 41: 239-41, 1988.
- MASUR, J. & MONTEIRO, M.G. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a brazilian psychiatric inpatient hospital setting. J med. Biol Res., 16: 215-8, 1983.
- MASUR, J. et al Detecção precoce do alcoolismo em clínica médica através do questionário "CAGE" J bras Psiq. 34: 31-4, 1985.
- MELLO JORGE, M.H.P. Mortalidade por causas violentas no município de São Paulo. São Paulo, 1979. (Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública, USP).

- MELLO JORGE, M.H.P. Investigação sobre a mortalidade por acidentes e violências de São Paulo. São Paulo, 1988.
(Tese de Livre-Docência - Faculdade de Saúde Pública, USP).
- MERCY, J.A. & SALTZMAN, L.E. Fatal violence among spouses in the United States, 1976-85. Amer. J publ. Hlth, 79: 595- 9, 1989.
- MILANESI, M.L. & LAURENTI, R. Estudo interamericano de mortalidade em São Paulo. Rev. Ass. med. bras., 10:111-6, 1964.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília, Centro de Documentação, 1984.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estatísticas de mortalidade: Brasil . 1985. Brasília, Centro de Documentação, 1988.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Mortalidad matena: ayudar a las mujeres a evitar el camino de la muerte. Washington, Cron. OMS, 40:195-205, 1986.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Guia para el estudio de la mortalidad materna en los paises en desarrollo: tasas y causa. Washington, 1987. WHO/FHE/87.7: 3-11.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Circunstancias sociales. In: La mujer en la salud y el desarrollo. Washington, 1983 (Publ. cient. 448)p. 12-6.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. La salud de la mujer en las Americas. Washington, 1985. (Publ. cient. 488)
- PRADO, D. O que é o aborto Ed Brasiliense. Brasília, 1984.
- PREVENTING low birthweight. Washington, National Academy Press, 1985.
- PUFFER, R.R. & GRIFFITH, G.W. Patterns of urban mortality. Washington, Pan American Health Organization, 1967.
- PUFFER, & SERRANO, C.V. Patterns of mortality in childhood. Washington D.C., Pan American Health Organization, 1973. (PAHO Sci. publ. 262).
- RODRIGUES, B.A. Fundamentos de administração sanitária. 2ª ed. Centro Gráfico Senado Federal, Brasília, 1979.
- ROMAN, E. et al. Occupational mortality among women in England and Wales. Brit med J, 291: 194-6, 1985.
- ROSENBERG, H.M. Improving cause-of-death statistics (editorial). Amer. J publ. Hlth, 79:563-4, 1989.

- ROYSTON, E. & LOPEZ, A.D. On the assesment of maternal mortality. Wld Hlth Statist., 40: 214-24, 1987.
- RUTSTEIN, D., BERENBERG, W., CHALMERS, T.C., CHILD, C., FISHMAN, A.P., PERRIN, E.B. Measuring the quality of medical care. New engl J of med. 294: 582-8, 1976.
- SANTO, A.H. Causas múltiplas de morte: formas de apresentação e métodos de análise. São Paulo, 1988. (Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública, USP).
- SCHOR, N., GIRON, S.G., SIQUEIRA, A.A.F., CIARI JR. C., ALMEIDA, A.M. de, ALVARENGA, A.T. de, FALCÃO, M.L.D'A. Diagnóstico da situação de assistência pré-natal em uma divisão regional de saúde do Estado de São Paulo, Brasil. Rev.. Saúde públ. S.Paulo. 9: 351-62, 1975.
- SCHUMACHER, M.C. & SMITH, K.R. Diabetes in UTAH among adults: interaction between diabetes and other risk factors for microvascular and macrovascular complications. Amer.J.publ.Hlth. 78: 1195-201, 1988.
- SEELEY Jr. Muerte por cirrosis de higado y precio de las bebidas alcoolicas In: Organizacion Panamericana de la Salud: El desafio de la epidemiologia. Washington, 1988. (Publ. Cient. 505)p. 373-81;
- SERRANO, C.V. Salud de la mujer y de la familia en America Latina y el Caribe. In: Organizacion Panamericana de la Salud. Salud de la mujer y de familia. Washington, 1984. (Publ. cient. 461)p. 194-219.
- SHOFIELD, A. The "CAGE" questionnaire and psychological health. Brit J of Addiction, 83: 761-4, 1988.
- SILVEIRA, M.H.MJ. Abortamento espontâneo e provocado. Estudo epidemiológico. Femina, 4: 215-22, 1976.
- SIQUEIRA, A.A.F. et al. Mortalidade materna no Brasil, 1980. Rev. Saúde públ, S. Paulo, 18: 448-65, 1984.
- SOMMERS, T. The compounding impact on age on sex, another dimension of the double standard. Civil Rights Digest, 7: 3-9, 1974.
- SOUZA, M.L. Mortalidade materna em Florianópolis/Santa Catarina 1975-1979. São Paulo, 1982 (Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública, USP).
- STANLEY, K. et al. Cancers of the stomach, lung and breast: mortality trends and control strategies. Wld hlth Statist. quart. 41: 107-14, 1988.

SUMÁRIO de dados da grande São Paulo, 1986. São Paulo, Secretaria dos Negócios Metropolitanos/EMPLASA, 1988.

TANAKA, A.C.D'A. Saúde materna e saúde perinatal: relações entre variáveis orgânicas, sócio-econômicas e institucionais. São Paulo, 1986. (Tese de Doutorado - Fac. de Saúde Pública da USP.

TANAKA, A.C.D'A. et al. Situação de saúde materna e perinatal, São Paulo, Brasil. Rev. Saúde públ., S.Paulo, 23: 67-75, 1989.

UNITED NATIONS. Demography year book: 1985. New York, 1986.

U.S. DEPARTMENT OF LABOR. Bureau of Labor Statistics. Handbook of labor statistics, (Bulletin nº 2175) Washington, 1983.

VAGOGNE, A. Le vecú de la ménopause. Rev. fr Gynéc.Obstét., 80: 191-4, 1985.

VERBRUGGE, L.M. & MADANS, J.H. Social roles and health trends of american women. Milbk Mem Fund. Quart., 63: 1985.

VIANNA, L.A.C. Situação de saúde do município de Diadema. São Paulo, 1981. (Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública, USP).

VIANNA, L.A.C. Análise da mortalidade no Brasil, 1985. Anais do jubileu de ouro do curso de graduação em enfermagem - Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 1989: 255-64.

WALKER, G. Maternal mortality and postpartum. Brit. med J, 292: 1524-5, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Study Group on Young People and Health for All by the Year 2000. Geneva, 1984. Report. Geneva, 1986. (tech. Rep. Ser., 731).

YUNES, J. et al. Saúde. São Paulo (estado) Gegrar, 1971.

ANEXOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE 1ª VIA - ESTATÍSTICA DE SAÚDE				CARTÓRIO DE Nº DO REGISTRO DATA DO REGISTRO			
IDADE DA FEDERAÇÃO:				anexo 1			
ID FETAL		NOME		DATA DO ÓBITO			
☐ NÃO ☐				HORA DIA MÊS ANO			
ESTADO CIVIL		SEXO		DATA NASCIMENTO		IDADE	
SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ VIÚVO ☐ ☐		MASC. ☐ FEMIN. ☐ ☐		DIA MÊS ANO		ANOS COMPLETOS ATÉ 1 ANO ATÉ 1 MÊS ATÉ 1 MÊS - DIAS ATÉ 1 DIA HORAS	
QUITADO ☐ OUTRO ☐ IGNORADO ☐		IGN. ☐					
LUGAR DE OCORRÊNCIA		ENDEREÇO		MUNICÍPIO			
HOSPITAL ☐ VIA PÚBLICA ☐ Domicílio ☐ OUTRO ☐ IGN. ☐							
RESIDÊNCIA HABITUAL (RUA, NÚMERO, BAIRRO, ETC.)				MUNICÍPIO		U.F.	
Ocupação habitual do falecido		NATURALIDADE		GRAU DE INSTRUÇÃO			
				NENHUMA ☐ FUNDAMENTAL ☐ 2º GRAU ☐ SUPERIOR ☐ IGN. ☐			
NOME DO PAI		NOME DA MÃE					
Ocupação habitual		IDADE		GRAU DE INSTRUÇÃO			
				NENHUMA ☐ FUNDAMENTAL ☐ 2º GRAU ☐ SUPERIOR ☐ IGN. ☐			
Ocupação habitual		IDADE		GRAU DE INSTRUÇÃO			
				NENHUMA ☐ FUNDAMENTAL ☐ 2º GRAU ☐ SUPERIOR ☐ IGN. ☐			
Nº DE FILHOS VIVOS		NASC. MORTOS		TOTAL		DURAÇÃO DA GESTAÇÃO (EM SEMANAS)	
						MENOS DE 20 ☐ DE 20 A 27 ☐ 28 OU MAIS ☐ IGN. ☐	
						GRAVIDEZ	
						ÚNICA ☐ DUPLA ☐ TRÍPLICE ☐ MAIS DE 3 ☐ IGN. ☐	
MORTE		MORTE (EM RELAÇÃO AO PARTO)		PARA MENORES DE 28 DIAS OU ÓBITO FETAL, PESO AO NASCER			
ESPONTÂNEO ☐ OPERATÓRIO ☐ FORCEPS ☐ IGN. ☐		ANTES ☐ DURANTE ☐ DEPOIS ☐ IGN. ☐		IGN. ☐			
RECEBEU ASSISTÊNCIA MÉDICA DURANTE A DOENÇA QUE OCASIONOU A MORTE		O MÉDICO QUE ASSINA ATENDEU AO FALLECIDO		O DIAGNÓSTICO FOI CONFIRMADO			
SIM ☐ NÃO ☐ IGN. ☐		SIM ☐ SUBSTITUTO ☐ IMPL. ☐ SVO. ☐ OUTRO ☐		SIM ☐ NÃO ☐ SIM ☐ NÃO ☐ SIM ☐ NÃO ☐			
CAUSA DA MORTE: (ANOTE SÓ UM DIAGNÓSTICO POR LINHA)				INTERLAÇÃO ENTRE O ANÚNCIO DA DOENÇA E A MORTE			
MORTE - I		a)		DEVIDO A OU COMO CONSEQUÊNCIA DE			
DOENÇA OU ESTADO MÓRBIDO QUE CAUSOU DIRETAMENTE A MORTE		b)		DEVIDO A OU COMO CONSEQUÊNCIA DE			
USAS ANTECEDENTES		c)					
DOENÇAS MÓRBIDAS, SE EXISTIREM, QUE PRODUZIRAM A CAUSA ACIMA REGISTRADA, MENCIONANDO EM ÚLTIMO LUGAR A CAUSA BÁSICA.							
MORTE - II							
OUTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A MORTE, PORÉM NÃO RECONHECIDOS COM A DOENÇA, OU ESTADO PATOLÓGICO QUE A PRODUZIU							
MORTE NÃO NATURAL		PROVÁVEL CIRCUNSTÂNCIAS DA MORTE					
HOMICÍDIO ☐ SUICÍDIO ☐ ACIDENTE DE TRABALHO		SIM ☐ NÃO ☐ IGN. ☐		LOCAL DO ACIDENTE			
MORTE: ATROPELAMENTO ☐ Queda ☐ OUTRO ☐		DEMAIS ACID. TRÂNSITO ☐ AFOGAMENTO ☐ IGNORADO ☐		VIA PÚBLICA ☐ DOMICÍLIO ☐ OUTRO ☐ IGN. ☐			
NOME DO MÉDICO		41 CRM		42 DATA DO ATESTADO			
ENDEREÇO DO MÉDICO		44 TELEFONE		45 ASSINATURA			
DECLARANTE							
TESTEMUNHA							
TESTEMUNHA							
LUGAR EM QUE SERÁ ENTERRADO				MUNICÍPIO			

PREENCHER DESTAQUE O CONJUNTO DE DUAS VIAS E LEIA COM ATENÇÃO O MANUAL DE INSTRUÇÕES

CARACTERÍSTICA DOS ÓBITOS DAS MULHERES DE DIADEMA - 1985/86

Nº DO CASO _____ Nº DO REGISTRO _____

NOME _____ IDADE _____

DATA DE NASCIMENTO _____ DATA DO ÓBITO _____

LOCAL DO ÓBITO _____ CARTÓRIO _____

ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA _____

DADOS SÔBRE A ENTREVISTA

Realizada em 1a. _____ 2a. _____ 3a. _____

não realizada por: mudança para local ignorado _____
 endereço não localizado _____
 recusa _____
 casa fechada (após 3a. tentativa) _____

Informante: _____ Relação de parentesco: _____

Nível de cooperação: bom ____ regular ____ mau ____

Observações: _____
 _____

Entrevistador: _____
 _____

Nº DO CASO _____

DADOS PESSOAIS

1. Quantos anos completos tinha Da... quando morreu? ____ ( )
                                                                                              não sabe ____ ( )
2. Onde ela nasceu? _____( )   não sabe ( )
3. Quanto tempo residiu em Diadema? _____( ) não sabe ( )
4. Da... esteve na escola? sim____(1) não____(2) não sabe____(3)
Em caso negativo, passar para a questão 6
5. Até que ano estudou?

Curso	completo	incompleto	qual?
primário ou 1º grau até 4a.	___ (1)	___ (2)	
ginásio ou 1º grau até 8a.	___ (3)	___ (4)	
colegial, 2º grau, técnico	___ (5)	___ (6)	_____
superior	___ (7)	___ (8)	_____
não sabe	___ (9)		

6. Além do serviço da casa Da... tinha algum trabalho?
sim___(1) não___(2) não sabe___ (9)
7. O que ela fazia? _____ não sabe___ (9)
8. Quanto ganhava por mês? Cz\$ _____ não sabe___ (9)
9. Quando morreu Da... estava:
trabalhando? sim___(1) salário_____ não sabe___ (9)
desempregada? sim___(2)
de licença? sim___(3) recebia _____ não sabe___ (9)
aposentada? sim___(4) recebia _____ não sabe___ (9)
não sabe___ (9)
10. Da... tinha marido ou companheiro? sim___(1) não___(2)
não sabe___ (9)
11. Da... morava sozinha ___ ( ), com a família, questão 12
no emprego ___( ) quanto ganhava /mês Cz\$ _____
em pensão ___( ) quanto pagava/mês Cz\$ _____
não sabe___ (9) não sabe___ (9)
12. Relação dos moradores da casa com a falecida, por
ocasião do óbito

nº	nome	rel c/a fale cida	s e x o	i d a d e	em instrução pre ga do*	ocu pa ção*	cond. renda na ocup. CZ\$	renda atual

*caso não, abreviar: desempregado: des, de licença: lic, aposentado: apos.
colocar há quanto tempo: anos:a, meses: m.
abreviar: assalariado: ass, autônomo: aut, empregador: empr.

DADOS SÔBRE A RESIDÊNCIA

13. Localizada em: rua calçada___(1) rua de terra___(2)
14. Tipo de moradia: casa em terreno individual ___(1) coletivo___(2) casa de cômodos___(3) apartamento___(4) barraco em terreno individual ___(5) em favela ___(6)
15. Condição de moradia: própria___(1) quitada___(2) prestação Cz\$ _____ não sabe ___(9) alugada___(2) aluguel Cz\$ _____ não sabe___(9) cedida___(3) não sabe___(9)
16. Tipo de construção: alvenaria ___(1) madeira___(2) outro___(3) qual_____
17. Nº de cômodos: _____(exceto banheiro)
18. Água: dentro de casa ___(1) fora de casa ___(2)
19. Banheiro: dentro de casa ___(1) fora de casa ___(2)
20. Banheiro: unifamiliar ___(1) coletivo___(2)

HÁBITOS

21. Da...tinha bom apetite?sim___(1)não___(2)não sabe ___(9)
22. O que gostava de comer? _____
23. Sofria de insônia? sim___(1) não___(2) não sabe___(9)
24. tomava remédio para dormir?sempre___(1)qual?_____ de vez em quando___(2) nunca___(3) não sabe___(9)
25. Da...fumava? sim___(1) quantos cigarro/dia_____ não___(2) não sabe___(9)
26. Da...bebia? sim___(1) que tipo de bebida_____ não___(2) não sabe___(9)

caso cite refrigerante, suco, etc., perguntar sôbre bebida alcoolica; caso obtenha resposta negativa, passar para a questão 30

27. Alguma vez falou que precisava parar de beber? sim__ (1)
 não__ (2) não sabe (9)
28. Ficava chateada se alguém falasse do quanto ela bebia?
 sim__ (1) não__ (2) não sabe__ (9)
29. Costumava beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou
 a ressaca? sim__ (1) não__ (2) não sabe__ (9)
30. Acha que o hábito de beber contribuiu para a morte de
 Da...? sim__ (1) não__ (2) não sabe__ (9)
31. Da...tinha outros vícios? sim__ (1) qual? _____
 não__ (2) não sabe__ (9)
32. Da... tinha alguma perturbação mental? sim__ (1) não__ (2)
 não sabe__ (9)
 caso positivo descrever: _____
33. Tomava algum calmante? sim__ (1) qual? _____
 não__ (2) não sabe__ (9)
34. Da... sofria dos nervos? (era nervosa) sim__ (1) não__ (2)
 não sabe__ (9)

caso negativo, passar para a questão 36

35. Alguma vez Da... fez tratamento para "os nervos"? sim__ (1)
 não__ (2) não sabe__ (9)

_____ nome
 do hospital, clínica tipo dias de motivo
 médico internação

Tipo:

clínica: C, internada em hospital: H, médico particular: P, pronto-
 socorro: PS e emergência: E.

HISTÓRICO DE SAÚDE

36. Da... tinha direito à assistência médica? caso sim, qual?
 INAMPS__ (1) IAMSPE__ (2) FUNRURAL__ (3)
 outra (4) _____ nenhuma__ (5) não sabe__ (9)

no caso de ter direito a mais de uma assistência médica, responder
 a questão 37 para cada uma delas

37. Ela usava essa assistência? sim__ (1) não__ (2)
 não sabe__ (9)
38. Desde que conheceu Da..., ela costumava se queixar de
 alguma doença? sim__ (1) (Descrever o que ela sentia no
 quadro abaixo) não__ (2) não sabe__ (9)

Queixa ou doença Detectada por: Tratamento:
 médico outro, quem? médico outro, quem?

anemia
 anormalidades da vista
 aterosclerose
 bócio
 bronquite
 catarata

câncer (especificar)
cegueira
doença de Chagas
doenças cardíacas
doenças de pele
distúrbio mental
diabetes mellitus
epilepsia
enxaqueca
enfermidade reumática
esquistossomose
glaucoma
gastrite
hemorróidas
hipertensão
hepatite
malária
mal nutrição
síndrome de Down
nefropatia
obesidade
síndrome da coluna vertebral
surdez
tuberculose
varizes

HISTÓRIA OBSTÉTRICA

39. Da...era menstruada? ainda não era ___(1) era___(2) já não
era mais ___(3) naturalmente?___ ou por cirurgia?___
não sabe___(9)

---

resposta (1) passar para a HISTÓRIA DO ÓBITO (questão 57)

resposta (2) passar para a questão 40

resposta (3) fazer as questões de 40 a 44, em seguida passar para
a HISTÓRIA DO ÓBITO

---

40. Da...teve filhos? sim___(1) não___(2) não sabe___(9)
caso negativo, passar para a questão 44

41. Quantos filhos nascidos vivos teve Da...?_____
não sabe___(9)

42. Desses, teve algum que morreu? sim___(1) quantos _____
não ___(2) não sabe ___(9)

43. Da... teve algum filho que já nasceu morto? sim___(1)
quantos?_____ não___(2) não sabe___(9)

44. Teve algum aborto? sim___(1) quantos?_____ não(2)
não sabe___(9)

caso negativo, passar para a questão 49

45. Sabe se ela abortou sem querer ou porque quis? (mais de um, responder sobre a maioria) _____
sem querer___(1) porque quis___(2) feito por quem:_____
não sabe___(9)

caso a mulher tenha tido o aborto há menos de três meses, questões seguintes; caso contrário passar para a questão 49

46. Deu alguma complicação na última vez que ela fez aborto?
sim___(1) não___(2) não sabe___(9)
47. Sabe se ela procurou assistência médica por causa dessa complicação? sim___(1) não___(2) não sabe___(9)
48. Sabe se a complicação teve alguma coisa a ver com a morte dela? sim___(1) não___(2) não sabe___(9)
49. Da... estava grávida quando morreu? sim___(1) não___(2) não sabe___(9)

caso negativo, passar para a questão 53

50. De quantos meses de gravidez? 1 a 3___(1) 4 a 6___(2) 7 a 9___(3) não sabe___(9)
51. Ela fazia pré-natal? sim___(1) onde? _____
não___(2) por que não fazia:_____ não sabe___(9)
52. Ela se queixava de algum problema durante a gravidez? sim___(1) qual?_____ não___(2) não sabe___(9)

caso tenha respondido as questões acima, passar para a HISTÓRIA DO ÓBITO

53. Tinha dado à luz há quanto tempo antes de falecer?
até 42 dias ___(1) 43 dias até um ano___(2)
há mais de um ano___(3) não sabe___(9)

caso negativo passar para a questão 56

54. Onde Da... deu à luz? no hospital___(1) qual? _____
no domicílio___(2) quem atendeu? _____
outro local___(3) não sabe___(9)
55. Sabe como foi o parto? normal___(1) forceps___(2) cesariana___(3) não sabe___(9)
56. O que fazia para não engravidar? nada ___(0) usava método natural___(1) usava D.I.U. ___(2) usava diafragma___(3) tomava pílula___(4) fez laquiadura___(5) marido usava preservativo___(6) marido fez vasectomia___(7) outro___(8) não sabe___(9)

HISTÓRIA DO ÓBITO

57. Da... estava doente quando morreu? sim___(1) há quanto tempo?_____; não___(2) não sabe___(9)

caso negativo, passar para a questão 61

58. Sabe como começou essa doença? _____ não sabe__ (9)

59. Do que ela se queixava? _____ não sabe__ (9)

60. Ela se tratava? sim__ (1) não__ (2) não sabe__ (9)

caso negativo, passar para a questão 61

hospital, clínica, médico tipo data dias de motivo
internação

tipo de atendimento: clínica (ambulatório, hospital, centro de
saúde, clínica: C, Internada em hospital: H, médico particular: P,
pronto socorro: PS e emergência: E.

61. Teve assistência médica por ocasião de sua morte?
sim__ (1) não__ (2) não sabe__ (9)

caso negativo, passar para a questão 63

62. Quem lhe deu assistência médica? _____

63. Estava internada quando morreu? sim__ (1) não__ (2)
não sabe__ (9)

caso positivo, passar para a questão 65

64. Por que não estava internada? _____
não sabe__ (9)

65. Como vocês perceberam que Da... estava mal? _____

66. Na sua opinião, o que levou Da... a falecer? _____

CARACTERÍSTICA DOS ÓBITOS DAS MULHERES DE DIADEMA - 1985/6

(HOSPITAL)

Confidencial

NOME _____ Nº DO CASO: _____

- Doença atual - eventos que conduziram à morte -

01. Data de início da doença: ____/____/____

02. Como começou: _____

03. Dados principais do exame físico (assinalar P.A. em
várias datas) _____

04. Evolução e tratamento: _____

05. Fonte de informação: Hospital ____ clínica ____ médico
particular ____ outro ____01. Dados referentes a consultas anteriores (relacionados ou
não com a doença que levou ao óbito)02. Fonte de informação: hospital ____ clínica ____ médico
particular ____ outro ____

Data: ____/____/____ Entrevistador: _____

EXAMES COMPLEMENTARES

Assinalar aqueles com resultados importantes para confirmar ou não a doença ou complicação. Assinalar também aqueles importantes, mesmo não relacionados à doença atual, porém que podem indicar um diagnóstico de uma causa associada.

01. Laboratório

<u>Tipo</u>	<u>data</u>	<u>resultados</u>

02. Raios X

Tipo	data	resultados

3. Outros exames (E.C.G., etc)

Tipo	data	resultados

04. Citologia/biópsia (descrever o material e resultados)_

05. Operações e achados (data/tipo/resultados)_

06. Diagnósticos clínicos_

07. Autópsia: sim__ não__

08. data hospitalização: __/__/__ data saída: __/__/__

09. Onde morreu? Domicílio__ ambulatório ou consultório__
hospital menos de 48 horas__ mais de 48 horas__ P.S.__
outro (especificar)_____

Data: __/__/__

Entrevistador: _____

CARACTERÍSTICA DOS ÓBITOS DAS MULHERES DE DIADEMA - 1985/86
I.M.L

Confidencial

NOME: _____ Nº DO CASO _____

01. Tempo aproximado entre a morte e a autópsia: _____

02. Descrição do cadáver _____

03. Exame macroscópico de cavidades e segmentos (dados positivos do crânio, tórax, abdome, pelvis, pescoço, membros)

04. Exame macroscópico de órgãos (dados positivos de órgãos macroscopicamente anormais ou daqueles solicitados pelos clínicos)

05. Exame microscópico de órgãos e tecidos (dados positivos)

06. Dados de laboratório de autópsia:

07. Diagnósticos finais de autópsia:

08. Diagnósticos associados não relacionados com a causa básica:

09. Tipo de autópsia ____ hospital completa ____ verif. do óbito ____ médico legal ____ hosp. incompleta ____ parcial ____

Data: ____/____/____

Entrevistador: _____