



Saúde integral para as mulheres

Mortalidade feminina e materna
em Goiânia

CADERNO 2

Copyright 2006 Grupo Transas do Corpo

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Mortalidade feminina e materna em Goiânia

Saúde integral para as mulheres, n. 2

Coordenação e revisão técnica: Grupo Transas do Corpo

Elaboração de texto: Eliane Gonçalves, Kemle Semrene Costa e Marta Rovey de Souza

Programação de banco de dados: Rafael Dídimo Santos

Revisão final: Joana Plaza Pinto

Projeto gráfico e programação visual: Carla Abreu

Distribuição e informações:



Pedidos, comentários e sugestões para esta publicação serão bem vindos e poderão ser encaminhados para comunica@transasdocorpo.org.br ou (62) 3095-2301 ou 3095-2302.

Apoio:



FORD FOUNDATION

GRUPO TRANSAS DO CORPO.

Mortalidade feminina e materna em Goiânia. Goiânia: Grupo Transas do Corpo, mar. 2006.
(Caderno Saúde integral para as mulheres, 2).

24 p.

1. Mortalidade feminina. 2. Mortalidade materna. 3. Saúde da mulher.

4. Goiânia (Goiás, Brasil).

I. Autoras. II. Título.

Sumário

| | |
|----------------------------|----|
| Apresentação | 05 |
| Mortalidade geral | 07 |
| Mortalidade feminina | 09 |
| Mortalidade materna | 15 |
| Considerações finais | 21 |
| Referências | 23 |



Apresentação

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM – teve início em 1984, na cidade de Goiânia, como experiência piloto a ser implementada em todo o Brasil. O PAISM concebia a integralidade como um princípio norteador das ações programáticas caracterizadas:

“pela oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação da sua saúde.” (Ministério da Saúde, 1985).

O que se observa, entretanto, é que essa perspectiva ampla de atenção à saúde da mulher, focada na integralidade, nem sempre se realiza, em virtude da organização dos serviços e das políticas locais estarem distanciadas das necessidades das mulheres. A proposta original do PAISM representa, a despeito das críticas que possa merecer, ainda uma utopia, já que, ao contrário de ações integrais, os serviços adotam práticas segmentadas e focalizadas (Costa & Morais, 2001).

Numa sociedade com profundas desigualdades de gênero, o estudo das mortalidades feminina e materna requer, para além de uma análise individual, uma dimensão maior que é a população, suas questões de vida, saúde e doença (Rede Feminista de Saúde, 2004). Nesse sentido, investigar as mortes femininas e maternas constitui-se em uma ação profundamente política. Conhecer a qualidade das informações existentes e lutar pela qualidade dos serviços oferecidos torna-se um imperativo para os movimentos e atores sociais.

O Grupo Transas do Corpo desenvolveu, no período de 2002-2004, o projeto *Monitoramento de políticas públicas em saúde integral da mulher*, apoiado pela Fundação Ford, com o objetivo de construir um sistema de indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva que incluísse informações referentes à fecundidade, gravi-

dez, pré-natal, parto, DST/Aids, doenças do trato reprodutivo e mortalidade. Como produtos, o projeto se propunha a 1) estruturar um banco de dados; 2) consolidar os dados em um meio de divulgação que pudesse ser reproduzido e distribuído; 3) e produzir uma série de três cadernos com textos analíticos breves. As publicações serviriam tanto como subsídio na programação e avaliação das ações desenvolvidas pelos gestores locais, quanto como mecanismo de controle social e sensibilização da sociedade civil na conquista de melhorias na qualidade dos serviços prestados às mulheres do município de Goiânia.

As temáticas privilegiadas para a série de cadernos *Saúde integral para as mulheres* – pré-natal e parto, mortalidade feminina e materna e contracepção - foram elaboradas a partir das informações oficiais obtidas (DATASUS/ Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia) e das respectivas discussões que se travam hoje no Brasil sobre saúde da mulher. A série histórica construída refere-se ao período de 1994 a 2002.

O objetivo da série é identificar tendências e colaborar com o debate e a construção de políticas públicas mais resolutivas no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos. O Caderno n. 1, Pré-natal e parto: uma análise retrospectiva, publicado em 2004, apresentou informações sobre a assistência ao pré-natal e parto no município de Goiânia. Este Caderno nº 2 apresenta informações sobre o comportamento da mortalidade feminina e materna, na mesma série histórica, no município de Goiânia.

Conhecer as realidades locais e suas especificidades tem sido uma das estratégias mais oportunas de controle social e de avaliação de implementação de políticas públicas, e essa é a finalidade das informações e análises que apresentamos aqui, começando com uma discussão sobre o comportamento da mortalidade geral em Goiânia para depois detalhar as mortalidades feminina e materna, aspectos estes centrais nesta publicação.

Mortalidade geral

A distribuição dos óbitos no período estudado de 1994 a 2002, em Goiânia, por sexo, tem se mantido na casa de 5.500 mortes ao ano. O cenário que se apresenta dos óbitos no município vem se mantendo no período analisado, com a supremacia de óbitos masculinos na ordem de 60%, contra 40% de óbitos entre mulheres. No entanto, o fundamental para as finalidades aqui desejadas é qualificar a mortalidade, ou seja, identificar os grupos mais vulneráveis e as alterações existentes no perfil da mortalidade para, daí sim, pensar em construir uma agenda de intervenções que possa estar mais colada nas necessidades do nosso público alvo: as mulheres.

Ao se observar o comportamento da mortalidade por causas segundo sexo, chama a atenção a similaridade dos padrões de mortalidade apresentados por homens e mulheres no que se refere a mortes atribuídas às doenças do aparelho circulatório e das neoplasias, sendo estas as duas maiores causas de óbito no período considerado. As discrepâncias detectadas estiveram presentes nas causas de morte XV Gravidez, parto e puerpério (por razões óbvias) e na XX Causas externas de morbidade e mortalidade (nesta causa de morte estão incluídos os casos de violência, homicídios, suicídios), onde a supremacia masculina chega a alcançar valores quatro vezes maiores que o percentual feminino (Tabela 1).

Sobre a assistência em saúde no município, chama atenção uma participação majoritária do atendimento privado (76,5%) à saúde, tendência esta também demonstrada em outros municípios do Brasil e que pode ser entendida pelo crescimento dos planos de saúde, ocorrido principalmente em função da insatisfação popular e dos inúmeros problemas relacionados à saúde pública no Brasil (descredenciamento de leitos do SUS, demora nas marcações de consultas, baixa qualidade dos atendimentos prestados etc).

TABELA 1

Frequência por causa (Cap CID10) e sexo – 1994-2002

| Causa (Cap CID10) | | Masc. | Fem. | Ign.* | NC** | Total |
|-------------------|--|--------------|--------------|-----------|----------|--------------|
| I. | Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 2645 | 1870 | 4 | 0 | 4519 |
| II. | Neoplasias (tumores) | 4746 | 4148 | 9 | 0 | 8903 |
| III. | Doenças sangue órgãos hemat. e transt. imunitárias | 296 | 259 | 1 | 0 | 556 |
| IV. | Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 1316 | 1179 | 3 | 0 | 2498 |
| V. | Transtornos mentais e comportamentais | 143 | 58 | 0 | 0 | 201 |
| VI. | Doenças do sistema nervoso | 1636 | 1226 | 4 | 0 | 2866 |
| VII. | Doenças do olho e anexos | 634 | 183 | 1 | 0 | 818 |
| VIII. | Doenças do ouvido e da apófise mastóide | 42 | 38 | 0 | 0 | 80 |
| IX. | Doenças do aparelho circulatório | 6286 | 5140 | 13 | 0 | 11439 |
| X. | Doenças do aparelho respiratório | 2128 | 1728 | 1 | 0 | 3857 |
| XI. | Doenças do aparelho digestivo | 1205 | 712 | 3 | 0 | 1920 |
| XII. | Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 32 | 21 | 0 | 0 | 53 |
| XIII. | Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo | 45 | 99 | 0 | 0 | 144 |
| XIV. | Doenças do aparelho geniturinário | 322 | 229 | 0 | 0 | 551 |
| XV. | Gravidez, parto e puerpério | 0 | 60 | 0 | 0 | 60 |
| XVI. | Algumas afec. originadas no período perinatal | 993 | 714 | 10 | 0 | 1717 |
| XVII. | Malf. cong. deformidades e anomalias cromossômicas | 303 | 284 | 2 | 0 | 589 |
| XVIII. | Sint. sinais e achad. anormais exames clín. e laborat. | 1435 | 927 | 8 | 0 | 2370 |
| XIX. | Lesões, envenenamento e outras conseq. causas externas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| XX. | Causas externas de morbidade e mortalidade | 4673 | 1078 | 2 | 3 | 5756 |
| XXI. | Contatos com serviços de saúde | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Não classificados | 581 | 513 | 2 | 0 | 1096 |
| | Total | 29461 | 20466 | 63 | 3 | 49993 |

Fonte: Grupo Transas do Corpo/DATASUS.

*Ign.= Sexo ignorado.

**NC= Não consta, não preenchido.

Mortalidade feminina¹

As doenças do aparelho circulatório, quando analisadas agora privilegiando a mortalidade feminina, começam a despontar como primeira causa de morte entre mulheres já em 1996, com uma tendência ascendente. As neoplasias aparecem em segundo lugar, no entanto, em patamares que oscilam, mas se mantendo como causa de morte importante entre mulheres (Tabela 2). É fundamental, quando se pensa em estratégias de enfrentamento das realidades da mortalidade, trabalhar ao máximo no sentido de, ao conhecer tais especificidades, poder contribuir de maneira mais eficaz com a formulação de políticas e ações mais resolutivas para o enfrentamento das questões encontradas.

Ao buscar caracterizar melhor os óbitos por neoplasias e doenças do aparelho circulatório – sendo as duas maiores causas de morte no período estudado – optou-se agora por desagregá-lo por faixas etárias com a finalidade de poder encontrar algum elemento importante que possa nos auxiliar no entendimento do comportamento desses tipos de morte entre mulheres. Os dados demonstraram que: com relação à morte de mulheres vítimas de doenças do aparelho circulatório e neoplasias, estas, juntas, perfazem um montante de quase 50% dos óbitos femininos em Goiânia. Observou-se também que elas estão diretamente relacionadas com a idade da mulher, o que por sua vez também pode evidenciar que doenças dessa natureza têm um componente degenerativo que muitas vezes poderia ser minimizado a partir de ações preventivas ao longo da vida da mulher (Tabela 3). Este comportamento desejado está bastante distante da realidade da mulher brasileira, que busca o serviço de saúde majoritariamente com a finalidade curativa; e também dos serviços de saúde pública, cuja atenção à mulher é oferecida através de ações pontuais que contrariam os princípios da integralidade e da equidade. Estudo realizado em unidades de saúde de Goiânia, em 2000, mostrou que estratégias utilizadas para aumentar a cobertura ou diminuir a morbi-mortalidade apenas reforçam as prioridades voltadas ao período reprodutivo

1. Outros dados sobre mortalidade feminina (1979-1995), em Goiás e no Brasil, podem ser encontrados na obra Berquó & Cunha (2000).

TABELA 2

| Frequência por causa (Cap CID10) e ano do óbito | | | | | | | | | | Goiânia |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Causa (Cap CID10) - Mulheres | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | Total |
| I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 400 | 493 | 152 | 161 | 128 | 127 | 141 | 147 | 121 | 1870 |
| II. Neoplasias (tumores) | 735 | 853 | 328 | 345 | 368 | 352 | 343 | 394 | 430 | 4148 |
| III. Doenças sangue órgãos hemat. e transt. imunitárias | 78 | 130 | 2 | 9 | 6 | 7 | 8 | 11 | 8 | 259 |
| IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 136 | 162 | 119 | 110 | 116 | 140 | 131 | 122 | 143 | 1179 |
| V. Transtornos mentais e comportamentais | 13 | 11 | 2 | 2 | 8 | 7 | 5 | 5 | 5 | 58 |
| VI. Doenças do sistema nervoso | 387 | 575 | 28 | 30 | 40 | 31 | 40 | 45 | 50 | 1226 |
| VII. Doenças do olho e anexos | 81 | 100 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 183 |
| VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide | 24 | 13 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 38 |
| IX. Doenças do aparelho circulatório | 85 | 110 | 676 | 616 | 650 | 686 | 758 | 735 | 824 | 5140 |
| X. Doenças do aparelho respiratório | 0 | 0 | 228 | 262 | 239 | 266 | 229 | 223 | 281 | 1728 |
| XI. Doenças do aparelho digestivo | 0 | 0 | 84 | 80 | 91 | 101 | 124 | 106 | 126 | 712 |
| XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 6 | 2 | 7 | 21 |
| XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo | 0 | 0 | 6 | 10 | 15 | 19 | 20 | 13 | 16 | 99 |
| XIV. Doenças do aparelho geniturinário | 0 | 0 | 37 | 33 | 32 | 33 | 34 | 29 | 31 | 229 |
| XV. Gravidez, parto e puerpério | 0 | 0 | 2 | 7 | 6 | 9 | 9 | 17 | 10 | 60 |
| XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal | 0 | 0 | 85 | 89 | 104 | 90 | 68 | 148 | 130 | 714 |
| XVII. Malf. cong. deformid. e anomalias cromossômicas | 0 | 0 | 45 | 44 | 33 | 38 | 53 | 34 | 37 | 284 |
| XVIII. Sint. sinais e achad. anormais em ex. clín. e laborat. | 0 | 0 | 183 | 217 | 204 | 211 | 43 | 36 | 33 | 927 |
| XIX. Lesões, envenenamento outras conseq. causas externas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| XX. Causas externas de morbidade e mortalidade | 0 | 0 | 169 | 166 | 149 | 169 | 130 | 131 | 164 | 1078 |
| XXI. Contatos com serviços de saúde | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Não classificados | 219 | 294 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 513 |
| Total | 2158 | 2741 | 2148 | 2184 | 2192 | 2286 | 2142 | 2198 | 2417 | 20466 |

Fonte: Grupo Transas do Corpo/DATASUS

TABELA 3

| Frequência por causa (Cap CID10) e faixa etária | | Mulheres - Goiânia (1994-2002) | | | | | | |
|--|------------|--------------------------------|------------|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|
| Causa (Cap CID10) | 10 a 19 | 20 a 29 | 30 a 39 | 40 a 49 | 50 a 59 | 60 a 64 | 65 e + | Total |
| I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 36 | 128 | 128 | 236 | 275 | 157 | 779 | 1739 |
| II. Neoplasias (tumores) | 50 | 101 | 216 | 468 | 701 | 446 | 2072 | 4054 |
| III. Doenças sangue órgãos hemat. e transt. imunitárias | 14 | 7 | 7 | 19 | 11 | 14 | 121 | 193 |
| IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 14 | 30 | 39 | 84 | 129 | 123 | 723 | 1142 |
| V. Transtornos mentais e comportamentais | 6 | 7 | 12 | 11 | 5 | 0 | 15 | 56 |
| VI. Doenças do sistema nervoso | 28 | 40 | 50 | 104 | 107 | 42 | 395 | 766 |
| VII. Doenças do olho e anexos | 37 | 35 | 19 | 26 | 18 | 8 | 17 | 160 |
| VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide | 1 | 1 | 2 | 5 | 4 | 2 | 19 | 34 |
| IX. Doenças do aparelho circulatório | 57 | 99 | 154 | 360 | 622 | 454 | 3338 | 5084 |
| X. Doenças do aparelho respiratório | 34 | 38 | 49 | 61 | 113 | 124 | 1226 | 1645 |
| XI. Doenças do aparelho digestivo | 3 | 15 | 38 | 61 | 96 | 62 | 418 | 693 |
| XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 | 13 | 20 |
| XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo | 8 | 17 | 11 | 12 | 12 | 6 | 31 | 97 |
| XIV. Doenças do aparelho geniturinário | 3 | 14 | 16 | 33 | 25 | 21 | 110 | 222 |
| XV. Gravidez, parto e puerpério | 8 | 29 | 22 | 1 | 0 | 0 | 0 | 60 |
| XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| XVII. Malf. cong. deformid. e anomalias cromossômicas | 9 | 3 | 2 | 0 | 1 | 2 | 6 | 23 |
| XVIII. Sint. sinais e achados anormais em ex. clín. e laborat. | 11 | 27 | 49 | 81 | 94 | 70 | 521 | 853 |
| XIX. Lesões, envenenamento outras conseq. causas externas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| XX. Causas externas de morbidade e mortalidade | 131 | 187 | 151 | 124 | 101 | 44 | 198 | 966 |
| XXI. Contatos com serviços de saúde | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Não classificados | 3 | 7 | 16 | 17 | 57 | 41 | 280 | 421 |
| Total | 485 | 785 | 982 | 1705 | 2371 | 1618 | 10282 | 18228 |

Fonte: Grupo Transas do Corpo/DATASUS

da mulher, perpetuando o antigo modelo de assistência materno-infantil (Costa & Morais, 2000). Para que tais patamares sejam alterados, fica a preocupação com o preparo de profissionais e gestores de saúde, não apenas em relação aos procedimentos técnicos, mas, sobretudo, ao trabalho educativo a ser desenvolvido junto à população feminina, possibilitando a informação, o esclarecimento, o acesso ao serviço de qualidade, enfim, o exercício do direito à saúde.

Os óbitos por problemas circulatórios também precisam ser investigados à luz da saúde sexual e reprodutiva porque podem estar relacionados com o uso indiscriminado e precoce dos anticoncepcionais hormonais. Isso, sem dúvida, evidencia, mais uma vez, a precariedade da assistência à saúde da mulher no país, onde são priorizados “programas” de planejamento familiar que resumem o leque de métodos contraceptivos, preconizados pelo Ministério da Saúde, na pílula anticoncepcional, propiciando, assim, seu uso abusivo.

No caso das neoplasias, é fundamental avaliar as campanhas nacionais de prevenção (câncer de colo uterino e de mama), no sentido de qualificar essas ações e medir o grau de adesão e credibilidade por parte das mulheres, até mesmo para avaliar se tratar tais questões em campanhas com os formatos atuais ainda consiste na forma mais adequada de enfrentá-las. Para Costa & Morais (2001), o controle do câncer cérvico-uterino e de mama constitui-se em uma das ações a serem oferecidas na assistência integral à saúde da mulher, o que determina que recursos e insumos básicos necessários para seu desenvolvimento sejam garantidos para a rotina diária dos serviços. No entanto, essas atividades têm sido alvo de maiores investimentos em momentos estratégicos, com interesses muitas vezes mais políticos do que técnicos, atentando, mais uma vez, contra os princípios da integralidade e da equidade das ações de saúde.

Ao se analisar o comportamento das neoplasias por idade da mulher e ao longo do período estudado, observa-se que os primeiros anos analisados apresentam números elevados quando comparados aos anos seguintes. Essa melhoria registrada em praticamente todos os grupos etários analisados pode ser fruto de ações realizadas, mesmo que ainda pouco adequadas às necessidades apresentadas pelas mulheres. Vale mais uma vez ressaltar que essa causa de morte está diretamente relacionada à idade da mulher, e poderia ser minimizada mediante o diagnóstico precoce e tratamento adequado a esse tipo de neoplasia. A relação entre diagnóstico e

TABELA 4

| Óbitos femininos por neoplasias - Por idade e ano | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|
| Idade | 10 a 14 | 15 a 19 | 20 a 24 | 25 a 29 | 30 a 34 | 35 a 39 | 40 a 44 | 45 a 49 | 50 a 54 | 55 a 59 | 60 a 64 | > 65 | Total |
| 1994 | 2 | 7 | 10 | 14 | 12 | 14 | 27 | 35 | 55 | 52 | 69 | 415 | 712 |
| 1995 | 0 | 4 | 2 | 10 | 12 | 19 | 22 | 37 | 43 | 55 | 90 | 532 | 826 |
| 1996 | 3 | 1 | 1 | 5 | 13 | 7 | 15 | 24 | 38 | 46 | 31 | 138 | 322 |
| 1997 | 6 | 1 | 3 | 7 | 10 | 11 | 22 | 27 | 34 | 37 | 35 | 141 | 334 |
| 1998 | 5 | 4 | 3 | 7 | 12 | 17 | 22 | 29 | 37 | 33 | 42 | 150 | 361 |
| 1999 | 3 | 3 | 4 | 4 | 17 | 10 | 23 | 20 | 30 | 34 | 48 | 150 | 346 |
| 2000 | 2 | 1 | 6 | 6 | 5 | 13 | 17 | 32 | 26 | 33 | 45 | 152 | 338 |
| 2001 | 1 | 2 | 2 | 8 | 7 | 15 | 26 | 32 | 35 | 43 | 41 | 177 | 389 |
| 2002 | 3 | 2 | 5 | 4 | 14 | 8 | 22 | 36 | 39 | 31 | 45 | 217 | 426 |
| Total | 25 | 25 | 36 | 65 | 102 | 114 | 196 | 272 | 337 | 364 | 446 | 2072 | 4054 |

Fonte: Grupo Transas do Corpo/DATASUS

tratamento, por sua vez, poderia representar um ganho de até 10 anos de vida para as mulheres. É importante mencionar que o número de óbitos por câncer de mama no período analisado é praticamente o dobro do câncer de colo de útero, o que precisa ser considerado quando se pensa em intervenções e ações que acometem as mulheres de Goiânia em diferentes idades (Tabela 4).

A Tabela 5 é elucidativa das questões que inicialmente já foram apresentadas como preocupantes no Caderno 1 desta série (Souza, 2004), e que se referem à melhoria na qualificação das informações principalmente quando estas dizem respeito à declaração de cor, tanto nos eventos de nascimentos, quanto de óbitos. Vale destacar que essa notificação descuidada ou não realizada dos dados sobre cor não é prerrogativa apenas das mulheres. Com a população masculina, o descaso com o preenchimento das informações é o mesmo. Diante de um quadro onde mais de 60% dos casos não contém declaração de cor, torna-se fundamental pensar em ações que sensibilizem os profissionais responsáveis por esse preenchimento, porque senão qualquer análise e, conseqüentemente,

TABELA 5

| Óbitos em Goiânia, segundo raça/cor | | |
|--|-------------------|---------------|
| Mulheres – 1994-2002 | Quantidade | % |
| População branca | 4783 | 23,37 |
| População não branca | 2467 | 12,05 |
| Não informado | 13216 | 64,58 |
| Total | 20466 | 100,00 |

Fonte: Grupo Transas do Corpo/DATASUS

política pública proposta não alcançará seus objetivos, uma vez que estará se baseando em informações incompletas, pouco confiáveis e discriminatórias.

Uma síntese das causas determinantes de morte entre mulheres foi construída e está expressa na Tabela 6. Chama-se atenção para um aspecto bastante preocupante e que mais uma vez demonstra o descalço no preenchimento das informações: o percentual alarmante encontrado de 35% de óbitos femininos onde a causa foi registrada como sendo “demais causas de morte”, adicionada a mais 4,5% onde a causa de morte foi considerada como “mal definida”. Essa somatória evidencia que em quase 40% das mortes que ocorreram no período estudado em Goiânia não se sabe a causa real, o que por sua vez compromete toda a cadeia das demais análises que seriam fundamentais para o conhecimento e enfrentamen-

to da mortalidade feminina. Essa falta de precisão na identificação da morte da mulher goianiense deve ser também um elemento importante a ser considerado quando se analisa a qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

TABELA 6

| Síntese % causas morte >1% | | |
|--------------------------------------|--------------|---------------|
| Mulheres – 1994-2002 | Total | % |
| Doença de Chagas | 488 | 2,38 |
| Neoplasias diversas | 1548 | 7,55 |
| Diabetes mellitus | 675 | 3,30 |
| Doenças hipertensivas | 404 | 1,97 |
| Infarto agudo do miocárdio | 696 | 3,40 |
| Outras doenças isquêmicas coração | 410 | 2,00 |
| Miocardopatias | 426 | 2,08 |
| Insuficiência cardíaca | 646 | 3,16 |
| Doenças cerebrovasculares | 1617 | 7,90 |
| Pneumonias | 598 | 2,92 |
| Bronquite, enfisema, asma | 826 | 4,04 |
| Mal definidas | 927 | 4,53 |
| Acidentes de trânsito transporte | 492 | 2,40 |
| Demais causas de morte | 7175 | 35,06 |
| Não classificados | 315 | 1,54 |
| Total desta síntese | 17243 | 84,23 |
| Total geral de óbitos | 20466 | 100,00 |

Fonte: Grupo Transas do Corpo/DATASUS

Mortalidade materna

Morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação, ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez, ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais.

A mortalidade materna é um bom indicador da realidade socioeconômica de um país e da qualidade de vida de sua população. Ela também aponta a determinação política de uma nação em realizar ações de saúde coletivas e socializadas. Nesse sentido, vale destacar que 95% das mortes maternas ocorrem em países em desenvolvimento, e, destas, 98% poderiam ser evitadas com melhorias bastante simples na qualidade da assistência prestada à gestante, como por exemplo um controle mais adequado da pressão arterial, já que a hipertensão consiste na primeira causa de morte materna em nosso país.

O compromisso com a redução da morte materna tem sido enfatizado desde a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento no Cairo, em 1994, quando 179 países se comprometeram a reduzir significativamente a mortalidade materna até o ano de 2015. Na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim, em 1995, esse compromisso foi reafirmado.

A Declaração do Milênio das Nações Unidas, de 2000, é também um documento histórico e reflete a preocupação de 191 países. São oito as “Metas do Milênio”, estando a preocupação com a mortalidade materna expressa na quinta meta a ser alcançada: 1) erradicar a pobreza e a fome, 2) atingir o ensino básico universal; 3) promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4) reduzir a mortalidade infantil; 5) **melhorar a saúde materna**; 6) combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças; 7) garantir a sustentabilidade ambiental; e 8) estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento.

Diante dessa realidade, o Ministério da Saúde vem adotando uma série de medidas para melhorar a qua-

lidade da assistência obstétrica prestada às mulheres, bem como a criação e o fortalecimento de Comitês de Redução da Mortalidade Materna nos âmbitos nacional, regional, estadual, municipal e hospitalar. Sua implantação contribuiu para a melhoria do sistema de registro desses óbitos e, conseqüentemente, para o aumento da quantidade e da qualidade das informações disponíveis sobre mortalidade materna, bem como busca identificar a magnitude da mortalidade materna, suas causas, os fatores que a determinam e propor medidas que previnam a ocorrência de novas mortes.

No Brasil, dois fatores dificultam o real monitoramento do nível e das tendências da mortalidade materna: a subinformação e o sub-registro das declarações de óbito. A primeira resulta do preenchimento incorreto das declarações de óbito, e ocorre quando se omite que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério. Isso ocorre pelo desconhecimento dos médicos quanto ao correto preenchimento da Declaração de Óbito e quanto à relevância desse documento como fonte de dados de saúde. Já o sub-registro é a omissão do registro do óbito em cartório, freqüente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste, seja pela dificuldade de acesso aos cartórios, pela existência de cemitérios irregulares ou pela percepção desse documento como inútil por uma parcela da população. Estima-se que para cada morte declarada como morte materna exista uma que não foi declarada como tal.

A Tabela 7 (A,B,C) traz um conjunto de informações que contribuem para um melhor esclarecimento a respeito da mortalidade materna no município de Goiânia entre 1994 e 2002, e ilustra os conteúdos dos parágrafos anteriores.

É importante destacar que o aumento nas notificações dos óbitos maternos no município de Goiânia pode estar diretamente relacionado com o papel fundamental que vem sendo desempenhado pelo Comitê de Redução da Morte Materna e Feminina, desde sua criação em 2002, através da investigação apurada e cuidadosa daqueles óbitos suspeitos. Nesse sentido é que se justifica que o aumento demonstrado pelos dados muitas vezes não se constituem em aumento real, mas, sim, no fato de que esses óbitos foram, num primeiro momento, notificados de forma equivocada.

Com relação à idade dessas mortes, observa-se que o maior percentual encontra-se entre mulheres de 20-34 anos, todavia não deixa de ser expressivo o valor de 13% de adolescentes que morreram vítimas da gravidez ou parto no período em questão.

O quesito raça/cor mais uma vez é negligenciado, apresentando um percentual de 36,7% de não declaração. “É preciso promover o treinamento e a sensibilização dos profissionais de saúde sobre a importância da assistência, do registro e a análise dos dados pessoais e, especialmente, dados sobre cor/raça/etnia” (Rede Feminista de Saúde, 2004, online). Segundo esta publicação, apesar das dificuldades identificadas, como a subnotificação de óbitos maternos e de raça, além de elevado número de nascidos vivos de raça ignorada, encon-

TABELA 7

| Óbitos maternos - Goiânia | | | | | |
|----------------------------------|--------------------|----------------------------------|--------------------|--------------------------------|--------------------|
| Frequência por ano | | Mortalidade materna geral | | Frequência por raça cor | |
| TABELA 7A | | TABELA 7B | | TABELA 7C | |
| Ano do óbito | N.absolutos | Faixa Etária | N.absolutos | Raça Cor | N.absolutos |
| 1994 | 0 | 10-14 anos | 0 | Branca | 14 |
| 1995 | 0 | 15-19 anos | 8 | Preta | 5 |
| 1996 | 2 | 20-24 anos | 13 | Amarela | 0 |
| 1997 | 7 | 25-29 anos | 16 | Parda | 18 |
| 1998 | 6 | 30-34 anos | 16 | Indígena | 1 |
| 1999 | 9 | 35-39 anos | 6 | Não informado | 22 |
| 2000 | 9 | 40 e mais | 1 | Ignorado | 0 |
| 2001 | 17 | Ignorado | 0 | Total | 60 |
| 2002 | 10 | Total | 60 | | |
| Total | 60 | | | | |

Fonte: Grupo Transas do Corpo/DATASUS

trou-se diferencial na mortalidade materna das mulheres negras. Os dados confirmaram os diferenciais raciais na mortalidade materna no Brasil. Os dados do município de Goiânia são pouco conclusivos, pelas razões da qualidade das informações já mencionadas anteriormente e também expressos na Tabela 7 (A,B,C).

Ao se buscar as causas dessas mortes maternas ocorridas no período estudado, é importante que se diga que 36,7% delas estiveram relacionadas à hipertensão, causa esta considerada evitável por intermédio da realização de um pré-natal que cumpra minimamente com o previsto nas normas técnicas de atendimento à gestante, do Ministério da Saúde, como por exemplo: auferir a pressão arterial (Tabela 8). Essas mortes maternas refletem principalmente a desarticulação, desorganização e qualidade inadequada da atenção à saúde da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, pois a assistência pronta, oportuna e adequada poderia evitar a sua maioria.

As quatro principais causas de morte materna no Brasil são: as síndromes hipertensivas, as hemorrágicas, as complicações de aborto e as infecções puerperais, que por sua vez são causas obstétricas diretas, responsáveis por 89% das mortes maternas em nosso país (Rede Feminista de Saúde, 2004, online); realidade esta compartilhada por Goiânia, como se vê na Tabela 8. Essas causas obstétricas, é importante que se diga, dependem fundamentalmente da qualidade da assistência prestada às mulheres durante seu ciclo gravídico puerperal, o que colocaria tais mortes como passíveis de serem evitadas com procedimentos simples.

TABELA 8

| Óbitos maternos – (1994-2002) | | Frequência por CID10 4C Cap 15 e faixa etária | | | | | |
|---|--------------|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| CID10 4C Cap 15 | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | Total |
| O02.1 Aborto retido | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| O06 Aborto NE* | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| O07.8 Outras formas na falha da tent. de aborto e outras complic. de NE | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| O10.9 Hipertensão pré-exist. NE compl. grav. parto puerpério | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| O14.0 Pré-eclampsia moderada | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| O14.1 Pré-eclampsia grave | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| O14.9 Pré-eclampsia NE | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 3 |
| O15.1 Eclampsia no trabalho de parto | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| O15.2 Eclampsia no puerpério | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| O15.9 Eclampsia NE quanto ao período | 1 | 2 | 2 | 3 | 0 | 0 | 8 |
| O16 Hipertensão materna NE | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| O23.5 Infecção do trato genital na gravidez | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| O26.6 Transtorno do fígado na gravidez parto puerpério | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| O45.0 Descolamento prematuro placenta c/ defic. coagulação | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| O45.9 Descolamento prematuro da placenta NE | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| O62.2 Outra forma de inércia uterina | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| O71.1 Ruptura do útero durante o trabalho de parto | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| O71.2 Inversão do útero pós-parto | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| O72.1 Outras hemorragias do pós-parto imediato | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| O72.3 Defic. de coagulação pós-parto | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| O75.9 Complicação do trabalho de parto e do parto NE | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| O85 Infecção puerperal | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| O86.0 Infecção da incisão cirúrgica origem obstétrica | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |

*NE= Não especificado

TABELA 8 (CONT.)

| Óbitos maternos – (1994-2002) | | Freqüência por CID10 4C Cap 15 e faixa etária | | | | | |
|--|--------------|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| CID10 4C Cap 15 | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | Total |
| O86.8 Outras infecções puerperais especiais | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| O88.2 Embolia obstétrica p/ coágulo de sangue | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| O90.3 Cardiomiopatia no puerpério | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| O90.9 Complicações do puerpério NE* | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| O99.0 Anemia complicação gravidez, parto puerpério | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| O99.2 Doença endoc. nutr. metab. compl. gravidez parto puerpério | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| O99.4 Doença ap. circulatório compl. gravidez parto puerpério | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 5 |
| O99.5 Doença ap. respiratório compl. gravidez parto puerpério | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Total | 8 | 13 | 16 | 16 | 6 | 1 | 60 |

Fonte: Grupo Transas do Corpo/DATASUS

*NE= Não especificado

Considerações finais

Dando continuidade à iniciativa já apresentada anteriormente de contribuir com a discussão sobre aspectos da saúde integral das mulheres, e seguindo o objetivo iniciado no Caderno 1, esta segunda publicação buscou trazer de forma sumarizada e seletiva algumas informações importantes sobre a mortalidade feminina e materna no município de Goiânia no período de 1994 a 2002, traçando um cenário das principais causas de morte entre mulheres, segundo idade, raça e em contraste com a mortalidade masculina.

Chamou primeiramente a atenção a uniformização dos padrões de mortalidade entre homens e mulheres, que apresenta taxas superiores nas causas relacionadas a acidentes de trânsito e homicídios para os homens. As mulheres morrem mais de doenças hipertensivas e cerebrovasculares, e a mortalidade materna já aparece entre as jovens, destacando-se aí, como principais causas, a hipertensão, a hemorragia, as infecções puerperais e as complicações decorrentes do aborto. No entanto, esse diagnóstico, ainda preliminar, poderia em muito ser aprimorado se dispositivos fossem criados com a finalidade de melhorar a qualidade das informações, as quais, em muitos casos, chegam a patamares de até 40% de declarações de óbitos incompletas.

Essa situação demonstra claramente que as questões relacionadas à saúde da mulher não podem ser vistas de modo isolado, pois fazem parte de um contexto geral e amplo que envolve toda a sociedade. É nesse sentido que, há muito, o movimento feminista no Brasil e no estado de Goiás vem se articulando com diferentes atores sociais, a fim de identificar responsabilidades e parcerias que possibilitem enfrentar de forma adequada e incisiva os desafios que a morbimortalidade feminina tem nos colocado. Assim, buscamos a garantia de políticas públicas que reconheçam a assistência integral à saúde como um direito das mulheres, uma questão de justiça social.



Referências

BERQUÓ, Elza S.; CUNHA, Estela Maria G. P. da (org.). *Morbimortalidade feminina no Brasil (1979-1995)*. Campinas: Editora da Unicamp, 2000.

COSTA, Kemle S.; MORAIS, Regina R. (org.). *Atenção integral à saúde da mulher- quo vadis?* Goiânia: Grupo Transas do Corpo/NESP/UnB, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *PAISM, Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher*. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1985.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. *Dossiê de Mortalidade Feminina*. Disponível online em www.redesaude.org.br/html/bodyfolhetointerior28maio04, 2004.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. *Prevenção da mortalidade materna: um compromisso político e ético dos governos e da sociedade*, 2004.

SOUZA, Marta Rovey de. *Pré-natal e parto em Goiânia: uma análise retrospectiva*. Goiânia: Grupo Transas do Corpo, 2004. (Caderno Saúde integral para as mulheres, 1).



Av. Antônio Fidélis nº 1811, Pq. Amazônia
Goiânia - Goiás - Brasil – 74.840-090
Tel.: 55 (62) 3095-2301 ou 3095-2302
comunica@transasdocorpo.org.br
www.transasdocorpo.org.br