

MORTALIDADE FEMININA DURANTE O PERÍODO REPRODUTIVO NO CONJUNTO HOSPITALAR DE SOROCABA - RESULTADOS GERAIS

FEMALE MORTALITY DURING REPRODUCTIVE PERIOD IN THE CONJUNTO HOSPITALAR DE SOROCABA - GENERAL RESULTS

Silvia Said Grillo¹, Joe Luiz Vieira Garcia Novo²

RESUMO

Objetivos: estudar as principais causas dos óbitos de mulheres em idade reprodutiva ocorridos no CHS, importante centro hospitalar terciário. Métodos: estudo observacional retrospectivo dos prontuários médicos de mulheres, de 10 a 49 anos de idade, internadas no CHS, que faleceram de janeiro/2001 a dezembro/2006. As variáveis estudadas foram: faixa etária, tempo de internação hospitalar, atendimento direto (primário) ou indireto (secundário), cidade de procedência, tipo de tratamento (clínico ou cirúrgico), estado geral à internação hospitalar (bom, regular ou mau). Estudaram-se histórias ginecológica e gestacional, a causa básica do óbito e doenças associadas. Resultados: o número de óbitos femininos foi se elevando anualmente, atingindo a 475 óbitos, provindo em 2/3 de cidades circunvizinhas, em maior proporção para casos clínicos (361/475). Eram pacientes em 2/3 dos casos em precárias condições gerais de sobrevivência à internação hospitalar. Os resultados revelam, como esperado, que a mortalidade aumenta com a idade das pacientes, tendo causas principais: cardiovasculares (22,35%), neoplasias malignas (18,64%), doenças infecciosas (17,63%), causas externas (16,38%) e elevada mortalidade materna (6,32%). Conclusão: grande parte dos óbitos tem solução complexa, os programas de saúde destinados à mulher ainda são deficitários, merecendo revisões coordenadas e funcionais, cujos custos, de longe, representam quase nada se comparados com as perdas pessoal, social e econômica da família. Auxílio: PIBIC-CEPE.

Descritores: mortalidade, mortalidade materna, causas de morte, distribuição por idade.

ABSTRACT

Objectives: to verify the main causes of women death in reproductive age, occurring in the CHS, important tertiary center hospital. Methods: in a descriptive retrospective observational study from medicals female's dossier, of 10 to 49 years old, interned in the CHS deceased from January/2001 to December/2006. The variables studied: age, time of hospital inside, direct (first) or indirect (secondary) care, procedure city, kind of treatment (clinical or surgical), general state in hospital internment (good, fairly good or bad). Gynecological and obstetrics histories were studied, basic cause death and associated illness. Results: the number of female death were yearly elevating, reach 475 deaths, 2/3 from neighbours cities, clinical cases in more proportion (361/475). 2/3 of the patients were in bad general survival conditions. The outcomes disclose how were contemplated that the mortality raise with the patients' age, with main causes: cardiovascular (22,35%), malignant neoplasm (18,64%), external causes (16,38%), high maternal mortality (6,32%). Conclusion: most portion of deaths have difficult solution, the health's programs applied to woman, just now, are in deficit deserving functional and co-ordination revisions,

which costs, from afar, perform almost nothing, if compared with personal, social, economic damages of the family. Support PIBIC-CEPE.

Key-words: mortality, maternal mortality, causes of death, age distribution.

INTRODUÇÃO

Na evolução das últimas décadas tem sido modificado o perfil de morbimortalidade da população brasileira em virtude das alterações demográficas, sócio-econômicas e sanitárias em nosso país.¹

As pesquisas revelam que na população brasileira, à semelhança do que ocorre em países industrializados centrais, há elevação da expectativa de vida e, conseqüentemente, o número de pessoas mais idosas vem compondo sua população. Estes dados, porém, não são decorrentes de maneira absoluta em sua grande maioria, da melhora dos padrões e condições atuais de vida das populações destes países.^{2,3}

Demonstra-se, amiúde na atualidade, consistente tendência à sobremortalidade masculina, com maiores taxas de mortalidade específica por idade e, também, para a maioria das causas de morte em relação à mortalidade feminina em países industrializados. Tal fato liga-se indubitavelmente a maior exposição do homem às atividades de trabalho em relação à mulher.^{3,4}

Assinale-se que na atualidade também há melhor controle da mortalidade materna, em especial nestes países industrializados. Em verdade, tem-se menor número de mulheres engravidando, com menor número de mortes femininas no período reprodutivo da mulher. Como conseqüência, há um aumento da tendência de maior número de homens morrerem mais precocemente que as mulheres, que vão envelhecendo e sobrevivendo à morbiletalidade masculina.

É importante citar, também, o fato de estar ocorrendo esterilização em número elevado de mulheres e, portanto, na população feminina em idade reprodutiva. Este procedimento ajuda a evitar nessas mulheres o óbito durante o ciclo grávido puerperal e, em conseqüência, a promover envelhecimento na população feminina, colaborando na provável desigualdade e a possibilidade de óbito entre ambos os sexos.³

A população brasileira na realidade é, ainda, extremamente jovem, porém vem apresentando rápido envelhecimento,³ e em alguns estudos sobre mortalidade de mulheres, especificamente na idade reprodutiva, suas causas principais de óbito vêm modificando-se nas últimas décadas.¹

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 11, n. 4, p. 15-22, 2009

1 - Médica graduada pela PUC-SP

2 - Professor do Depto. de Cirurgia - PUC-SP

Recebido em 21/9/2009. Aceito para publicação em 30/10/2009.

Contato:

Rua Manoel Ferreira Leão, 49 Vila Leão

18.040-410 Sorocaba/SP

E-mail: joeluinovo@hotmail.com

A mulher brasileira moderna, porém, vem sofrendo transformações em suas atividades, elevando as cifras de sua mortalidade em decorrência, também, de alterações comportamentais.³ Elas se encontram cada vez mais propensas ao consumo de drogas, além de exposição às doenças vinculadas à atividade sexual desprotegida.^{6,7,8}

Dentro das alterações comportamentais da mulher brasileira, há elevado contingente incorporando hábitos, como o tabagismo e, em consequência, adquirindo as suas implicações para a saúde. O tabagismo se associa às doenças respiratórias (asma, bronquite, enfisema), doenças cardiovasculares e ao risco de neoplasias das vias respiratórias. Este hábito mantém-se crescente entre mulheres jovens, pobres, desnutridas e de baixo nível de escolarização.³

Neste panorama novo é importante citar o aparecimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), que inicialmente atingia prevalentemente homossexuais masculinos, porém, com homens bissexuais infectados cujo número vem aumentando diariamente; a mulher brasileira se contamina em maior número.³

A modernidade também trouxe às mulheres jovens certo risco maior de exposição a mortes por causas externas ligadas à violência urbana, à viuvez, menores chances para aposentadorias e pensões alimentícias.^{3,7}

Acredita-se que nas últimas décadas em nosso país os contextos sociais e econômicos vêm promovendo a violência, conseqüente às desigualdades sociais, e recessão no mercado formal, gerando facilidades para a virada ao mercado paralelo, isto é, narcotráfico e narcoterrorismo.⁷

Durante o período reprodutivo das mulheres, isto é, entre 10 a 49 anos de idade, existe um conteúdo populacional altamente importante do ponto de vista econômico, reprodutivo e de agregação sócio-familiar.⁹

É inegável que o conhecimento da mortalidade feminina durante este período reprodutivo venha despertando alto interesse, tendo em vista os programas de saúde em ação ajustados às condições de vida e de trabalho das mulheres.⁵

Por outro lado, o acompanhamento e o controle de uma população para o planejamento, aplicabilidade e avaliação das ações de saúde têm nos estudos de mortalidade um importante fator analítico que espelha a prática do uso dessas ações de saúde.¹⁰

A morbidade reprodutiva, porém, ainda vem desafiando os planejamentos e programas de saúde que lhes são destinados, não existindo ainda um coeficiente específico para medir a mortalidade das mulheres em idade reprodutiva.^{7,9}

Da mesma forma, não há estudo de mortalidade proporcional, que seja adequado e ajustado, reconhecendo as condições de saúde das mulheres em seu período reprodutivo.⁵

Entende-se, portanto, ser oportuno o conhecimento do padrão de envelhecimento das mulheres em nosso país, uma vez que profundas alterações vêm inserindo-se na mulher em nossa sociedade. Em verdade, o que significa este prolongamento da vida feminina em nossa realidade?³

Torna-se claro que na atualidade há uma nova visão da sociedade em relação à abordagem de saúde e da vida em sua totalidade das mulheres modernas. Reconhece-se que é marcante para todas as mulheres o seu período reprodutivo em sua luta de direitos e de oportunidades.^{11,12}

O estudo da mortalidade feminina durante o período reprodutivo reveste-se de inegável interesse, inserindo certa importância e trazendo incentivos para a sua realização. Calcula-se em nosso país que este obituário represente cerca de

15% do obituário total do Brasil.⁹

O Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS) é centro de referência terciário, cuja atuação assistencial em saúde feminina ainda não foi avaliada através de pesquisa médica. Neste contexto, insere-se esta pesquisa, procurando delinear o perfil assistencial à saúde da mulher em nossa comunidade.

A presente pesquisa pretende estudar os óbitos de mulheres em idade reprodutiva, ocorridos no CHS, importante centro hospitalar terciário atuante ativo na assistência à saúde da mulher brasileira.

MATERIAL E MÉTODO

Foram estudadas, retrospectivamente, as declarações de óbito e os prontuários médicos das pacientes femininas de 10 a 49 anos de idade, internadas no CHS, que faleceram de 01/01/2001 a 31/12/2006. As internadas no mesmo período e transferidas em fase terminal, terminando em óbito através da mesma doença básica em outros hospitais também estão incluídas neste estudo.

O levantamento de dados realizou-se através da Vigilância Epidemiológica (VE) e confrontados com prontuários médicos do setor de arquivo médico (SAME) do CHS.

As variáveis estudadas foram: faixa etária, tempo de internação hospitalar, atendimento direto (primário) ou após encaminhamento de outra unidade (secundário), cidade de procedência (pequeno, médio e grande porte), tipo de tratamento (clínico ou cirúrgico), estado geral à internação hospitalar (bom, regular ou mau). Estudaram-se a história ginecológica e gestacional, a causa básica do óbito e as doenças associadas.¹²

No que se referiu ao diagnóstico obstétrico atual, viram-se a sua normalidade e a possibilidade de patologias como: placenta prévia, hiperêmese, oligâmnio, polidrâmnio, doença hipertensiva específica da gestação, descolamento prematuro da placenta, trabalho de parto prematuro, gemelaridade, óbito fetal intra-uterino, gestação prolongada, hemorragia de primeiro trimestre e outras doenças, dados do último parto e antecedentes ginecológicos.

As mortes maternas foram definidas em três grupos, considerando todo óbito ocorrido durante qualquer época da gravidez, independente de sua localização, e/ou até 42 dias após o seu término. Definiu-se morte obstétrica direta como decorrente de complicações obstétricas peculiares ao ciclo grávido puerperal. A morte obstétrica indireta é a que foi desencadeada através de doença preexistente, ou que se desenvolveu durante a gestação, não relacionada a causas obstétricas diretas, mas que foi agravada pelos efeitos fisiológicos da gravidez. A morte obstétrica tardia seria óbito decorrente de causas obstétricas diretas ou indiretas entre 43 e 365 dias do término da gravidez, qualquer que tenha sido a causa do óbito.¹³

Cada paciente estudada neste relato inicial teve preenchida uma observação detalhada e confidencial de seus dados gerais: idade (anos), procedência (municípios de grande, médio e pequeno portes pertencentes à DIR XXIII), hábitos e vícios (tabagismo, alcoolismo e drogas ilícitas).

Nos casos de causa básica de óbito duvidosa procurou-se complementação por necrópsias, entrevistas com médicos assistentes e/ou visitas domiciliares.

A classificação do grupo de causas do óbito utilizada caso a caso baseou-se na Classificação Internacional de Doenças (CID) em sua 10ª edição.

Quanto ao atendimento assistencial do Conjunto Hospitalar de Sorocaba como hospital terciário foi classificado como primário ou secundário. No atendimento primário, a paciente veio diretamente ao hospital sem qualquer medicação prévia. No atendimento secundário, a paciente foi encaminhada e já medicada através de outro serviço.

Os resultados obtidos nesta pesquisa foram comparados com citados pelos autores que utilizam a mesma metodologia apresentada nesta pesquisa.^{3,5,7,9,12}

Foram respeitadas as normas da Declaração de Helsinque e da resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas em seres humanos. Os dados obtidos foram inseridos em planilha desenvolvida para programa Excel (Windows), utilizado como banco de dados.¹⁴

Como a mortalidade feminina durante o período reprodutivo está revestida de características e detalhes

especiais, neste projeto atual houve a preocupação de trazer à baila aspectos novos, inusitados e importantes para as conclusões finais e, ainda, não incorporados aos casos arquivados. Os parentes e/ou acompanhantes dessas pacientes falecidas foram contatados através de termo de consentimento livre e esclarecido, concordando afirmativamente para essas possíveis e novas informações.

RESULTADOS

Entre 1º de janeiro de 2001 a 31 de dezembro de 2006, o número de óbitos femininos, na faixa etária de 10 a 49 anos de pacientes assistidas no CHS, foi se elevando anualmente até atingir o número de 475 óbitos. Na análise da faixa etária destas pacientes, revelou-se a tendência destes óbitos serem mais frequentes a partir dos 35 anos (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das pacientes segundo a faixa etária

ANO/ IDADE	2001		2002		2003		2004		2005		2006	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
10 - 14	0	0,00	0	0,00	05	6,76	02	2,41	04	3,60	07	6,14
15 - 19	02	5,41	06	10,71	05	6,76	05	6,03	05	4,50	05	4,38
20 - 24	03	8,11	01	1,79	07	9,46	07	8,43	07	6,31	14	12,28
25 - 29	02	5,41	06	10,71	06	8,11	11	13,25	10	9,01	09	7,89
30 - 34	06	16,21	09	16,07	12	16,21	09	10,84	15	13,51	16	14,04
35 - 39	09	24,32	08	14,29	09	12,16	14	16,87	16	14,41	17	14,91
40 - 44	07	18,92	14	25,00	11	14,86	20	24,10	21	18,93	23	20,18
45 - 49	08	21,62	12	21,43	19	20,68	15	18,07	33	29,73	23	20,18
TOTAL	37	100,00	56	100,00	74	100,00	83	100,00	111	100,00	114	100,00

O tempo de internação dessas pacientes foi extremamente variável, partindo do mínimo de zero dia até um máximo de 110 dias; a média de internação variou de 5,49 a 8,06 dias, não dependente do ano analisado. Essas pacientes falecidas provieram em cerca de 2/3 das cidades circunvizinhas (pequeno, médio e grande porte), sob tratamentos e condutas iniciais de suas cidades geradoras (1/3 de atendimento primário); para os procedimentos assistenciais finais, portanto, atendimento secundário de referência através do CHS.

O atendimento secundário das pacientes de Sorocaba

ocorreu em 2/3 dos casos analisados.

O tratamento clínico foi proporcionalmente mais elevado (361 casos) em relação aos cirúrgicos (114 casos) e, em ambos, o número de casos se elevou de 2001 a 2006. Cerca de 2/3 dos pacientes apresentavam precárias condições gerais de sobrevivência à internação hospitalar.

A tabela 2 revela a distribuição das pacientes segundo o número e as proporções dos óbitos segundo as causas definidas através do CID em sua 10ª edição (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das pacientes segundo o ano e a classificação do grupo das doenças (CID 10)

ANO / CLASSIFICAÇÃO	2001		2002		2003		2004		2005		2006		MÉDIA
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
I - D. infecciosas e parasitárias	8	20,51	14	23,72	10	12,82	11	13,25	20	17,09	21	18,42	17,65
II - Neoplasias	9	23,07	8	13,55	10	12,82	18	21,69	22	18,80	25	21,93	18,64
III - D. do sangue e org. hematológico ou transt. imunitários	2	5,12	1	1,69	5	6,41	4	4,83	4	3,41	4	3,51	4,16
IV - D. glând. endóc., metabólicas e nutricionais	-	-	1	1,69	1	1,28	-	-	-	-	-	-	-
V - Transtornos mentais e do comportamento	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VI - D. sistema nervoso	-	-	1	1,69	-	-	-	-	1	0,85	-	-	-
VII - D. olho e anexos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VIII - D. ouvidos e apóf. mastóide	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IX - D. aparelho circulatório	10	25,64	14	23,72	19	24,35	17	20,48	17	15,52	29	25,44	22,35
X - D. aparelho respiratório	-	-	-	-	2	2,56	2	2,41	1	0,85	9	7,89	2,28
XI - D. aparelho digestivo	3	7,69	1	1,69	7	8,97	5	6,02	7	5,98	-	-	-
XII - D. pele e tec. celular subcutâneo	-	-	-	-	2	2,56	-	-	-	-	-	-	-
XIII - D. sistema osteomuscular e tec. conjuntiva	-	-	1	1,69	-	-	2	2,41	6	5,12	-	-	-
XIV - D. ap. gênito-urinário	-	-	3	5,08	2	2,56	3	3,61	3	2,56	2	1,75	2,59
XV - Gravidez, parto e puerpério	3	7,69	4	6,77	7	8,97	2	2,41	7	5,98	7	6,14	6,32
XVI - Afecções do período perinatal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XVII - Malformações congênitas	-	-	-	-	1	1,28	-	-	-	-	1	0,88	0,36
XVIII - Sintomas de sinais mal definidos	1	2,56	-	-	2	2,56	-	-	1	0,85	-	-	-
XIX - Lesões, envenenamento e consequências de causas externas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XX - Causas externas do estado de saúde	3	7,69	11	18,64	10	12,82	19	22,89	26	22,22	16	14,04	16,38
TOTAL	39	100	59	100,00	78	100,00	83	100,00	117	100,00	114	100,00	100,00

As distribuições anuais do número de partos, dos recém-nascidos vivos e das mortes maternas encontram-se listados na tabela 3 (Tabela 3), seguindo-se na tabela 4 a exposição anual das causas de óbito materno.

A Razão de Mortalidade Materna, com a média do período estudado, é comparada na tabela 5 com as relatadas em serviços obstétricos brasileiros de referência, como é o do CHS (Tabela 5).

Tabela 3. Distribuição anual do número de partos, de recém-nascidos vivos e de mortes maternas.

Ano estudado	Número de partos	Número de recém-nascidos	Número de mortes maternas
2001	3.721	2.918	3
2002	3.213	2.533	4
2003	3.133	2.963	7
2004	2.643	2.466	2
2005	2.395	2.254	7
2006	2.494	2.283	7
Total	17.599	15.017	30

Tabela 4. Distribuição das pacientes segundo as causas de óbito materno

2006	Abscesso hepático em laqueadura periumbilical + septicemia Cardiopatía descompensada + edema agudo de pulmão Descolamento prematuro da placenta + atonia uterina Perfuração de alça intestinal (parto cesáreo) + septicemia Aneurisma cerebral Broncopneumonia + septicemia Cardiopatía descompensada
2005	Perfuração uterina pós-curetagem + septicemia HELLP síndrome + coagulação intravascular disseminada Doença Hipertensiva Específica da Gravidez + acidente vascular cerebral hemorrágico Eclâmpsia Síndrome nefrótica + tromboembolismo Ferimento através de arma de fogo Descolamento prematuro da placenta em acidente politraumático
2004	Acretismo placentário + ruptura uterina Eclâmpsia
2003	Esteatose aguda da gravidez + síndrome de Sheehan + atonia uterina Abortamento séptico + broncopneumonia Descolamento prematuro de placenta Eclâmpsia + HELLP síndrome + descolamento prematuro de placenta Cardiopatía descompensada + tromboembolismo Acidente cerebral vascular hemorrágico Úlcera gástrica perfurada + septicemia
2002	Esteatose aguda da gravidez + atonia uterina + choque hipovolêmico Pneumonia aguda + insuficiência respiratória aguda Feocromocitoma Meningite aguda + HIV
2001	Insuficiência respiratória aguda + choque séptico Acidente vascular cerebral hemorrágico Pré-eclâmpsia + edema agudo de pulmão

Tabela 5. Razão de Mortalidade Materna relatada em serviços obstétricos de referência comparados com CHS-SP

SERVIÇO OBSTÉTRICO	ANO	RMM
Moraes ¹⁵ (Goiânia)	1975 - 1988	442,0
Camargo ¹⁶ (Porto Alegre)	1979 - 1988	130,4
Mattar ¹⁷ (São Paulo)	1983 - 1988	433,2
Aguiar ¹⁸ (Belo Horizonte)	1984 - 1989	165,0
Berezowski ¹⁹ (Botucatu/SP)	1983 - 1992	421,8
Valadares Neto ²⁰ (Teresina)	1990 - 1992	90,46
Sass ²¹ (São Paulo)	1983 - 1993	729,2
CHS (Sorocaba/SP)	2001 - 2006	199,77

DISCUSSÃO

Os resultados revelam como esperado (Tabela 1) que a mortalidade aumenta com a idade das pacientes em acordo com pesquisas similares.¹² Nota-se que as principais causas são, pela ordem, as doenças cardiovasculares (22,35%), neoplasias malignas (18,64%), doenças infecciosas e parasitárias (17,63%), grupo de causas externas (16,38%) e a mortalidade materna (6,32%) (Tabela 2).

Em estudo de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos no município de São Paulo, em 1986, observou-se mortalidade proporcional de 23,6% para doenças cardiovasculares, 19,9% para neoplasias, 17,9% para causas externas e 6,1% para doenças infecciosas e parasitárias.¹² No período de 1991 a 1995, em estudo da população do Estado de São Paulo, verificaram-se que nas mulheres mais jovens (15 a 34 anos), os coeficientes mais elevados referiam-se a lesões e envenenamentos (23,9 e 28,9 por 100.000 mulheres). Nesta mesma pesquisa, porém, dos 35 a 49 anos, as principais causas de óbito foram relacionadas às doenças do aparelho circulatório (46,2 por 100.000 mulheres) e às doenças neoplásicas (350 por 100.000 mulheres).²²

Os resultados obtidos demonstram até aqui a importância das doenças cardiovasculares como causa de morte em população relativamente jovem (abaixo de 50 anos). Dentro deste grupo de patologia, cumpre-se destacar a importância da hipertensão arterial isolada e/ou associada às doenças cerebrovasculares e, ainda, à doença isquêmica cardíaca.²³

Diante dos novos conhecimentos sobre os fatores que desenvolvem agravamentos das doenças cardíacas, a sua adequada divulgação e, conseqüentemente, com as aplicações de medidas práticas de prevenção primária e secundária, terão como resposta a possibilidade de evidente redução na incidência e morbidade das doenças cardiovasculares.

Há na atualidade notória utilização de metodologia epidemiológica na investigação clínica, a prevenção vem se elevando e promovendo conceitos e linhas de conduta para as doenças crônicas e degenerativas. Se as doenças crônicas e degenerativas vêm acompanhando a elevação da idade dos pacientes, há um viés negativo de piora representado pelo sedentarismo, mesmo entre jovens (54,6% tem sobrepeso e 18,6% são obesos), tumultuando a progressão da sobrevida brasileira no aspecto cardiovascular.

Desde 1980 a 1998, o coeficiente de mortalidade no Brasil, em ambos os sexos e em todas as faixas etárias, vem diminuindo o risco de morte por doenças cardiovasculares em

virtude da moderna metodologia utilizada nas síndromes isquêmicas, do arsenal terapêutico em cardiologia e da excelente evolução em terapia intervencionista.²⁴

As neoplasias continuam representando contingente relevante no contexto de mortalidade feminina na idade reprodutiva, permitindo-se uma leitura que se questionem os programas de saúde em atividade destinados à saúde da mulher brasileira.¹

Estudos em mortalidade de mulheres em idade reprodutiva no Estado de São Paulo (1991 a 1995) já sinalavam a necessidade de melhor atenção epidemiológica de investigação em relação aos fatores de risco relativos a vários tipos de câncer (hábito tabágico, doenças sexualmente transmissíveis, hábitos alimentares).¹ Como decorrência já estaria em pleno desenvolvimento serviços organizados e funcionantes em prol de diagnóstico e tratamento precoce das neoplasias malignas em mulheres em idade fértil, preservando a saúde dessas mulheres e também de suas futuras gestações.^{1,25}

A prevalência de moléstias infecciosas no estudo atual, com valores triplicados em relação há 20 anos, traz preocupações. As alterações demográficas, sócio-econômicas e sanitárias vividas nas últimas décadas diminuíram a incidência de doenças infecciosas e parasitárias, porém na atualidade o que se observa é a elevação de doenças crônicas e de causas externas.¹

O que se observa é que a AIDS, inicialmente atingindo homens homossexuais, vem através de homens bi e heterossexuais, elevando a expansão desta patologia para o contingente feminino brasileiro, em escala ascendente, com possíveis transmissões verticais às mulheres e a seus futuros conceitos.

Observando-se a tabela 2, nota-se o elevado número de mortes ligadas às causas externas, em crescente a partir de 2001 até 2006. Neste grupo encontraremos as mortes violentas, advindas de acidentes de trânsito e/ou outros e, ainda, de homicídios. Apesar de revelar expressividade negativa em relação aos cuidados governamentais, ainda não existem campanhas nacionais sistematicamente organizadas com a finalidade de sua prevenção e/ou correção.²⁵

Os procedimentos obstétricos assistências entre 2001 e 2006 geraram 17.599 partos, nascendo 15.017 nativos. A mortalidade materna esteve presente em 29 casos através de causas obstétricas diretas (15 casos) e indiretas (14 casos); em um caso houve morte materna através de causas externas (Tabelas 3 e 4).

A Razão de Mortalidade Materna do período estudado foi de 199,77, podendo ser comparado aos de outras maternidades brasileiras em hospitais terciários como o CHS (Tabela 5). Estes dados refletem, preocupantemente, o desempenho hospitalar de referência similar das maternidades terciárias em nosso país.^{18,26,27,28}

Os resultados deste relatório final da pesquisa revelam que grande parte dos óbitos de mulheres em idade reprodutiva é de solução complexa, porém, cujos custos de longe representam quase nada se comparados com as perdas pessoal, social e econômica.²⁸

As mulheres em idade fértil representam um grupo com potencial gerador de filhos. Conhecendo melhor sua morbidade e mortalidade por medidas preventivas é possível inibir as doenças que afligem mulheres não grávidas e, também, mulheres diante de um ciclo grávido puerperal para que possam gerar filhos saudáveis.¹

As pesquisas dos óbitos sempre se revestem de utilidade, em geral, contribuindo para o conhecimento das causas básicas de óbito, sua evolução temporal e de sua distribuição espacial de acordo com seus atributos individuais.^{1,27,28}

Os estudos estatísticos sobre a mortalidade representam e definem importantes subsídios para a maioria dos indicadores de saúde de uma população. A qualidade das informações deve estar ao alcance de todos os níveis de escalões, isto é, Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.²⁹

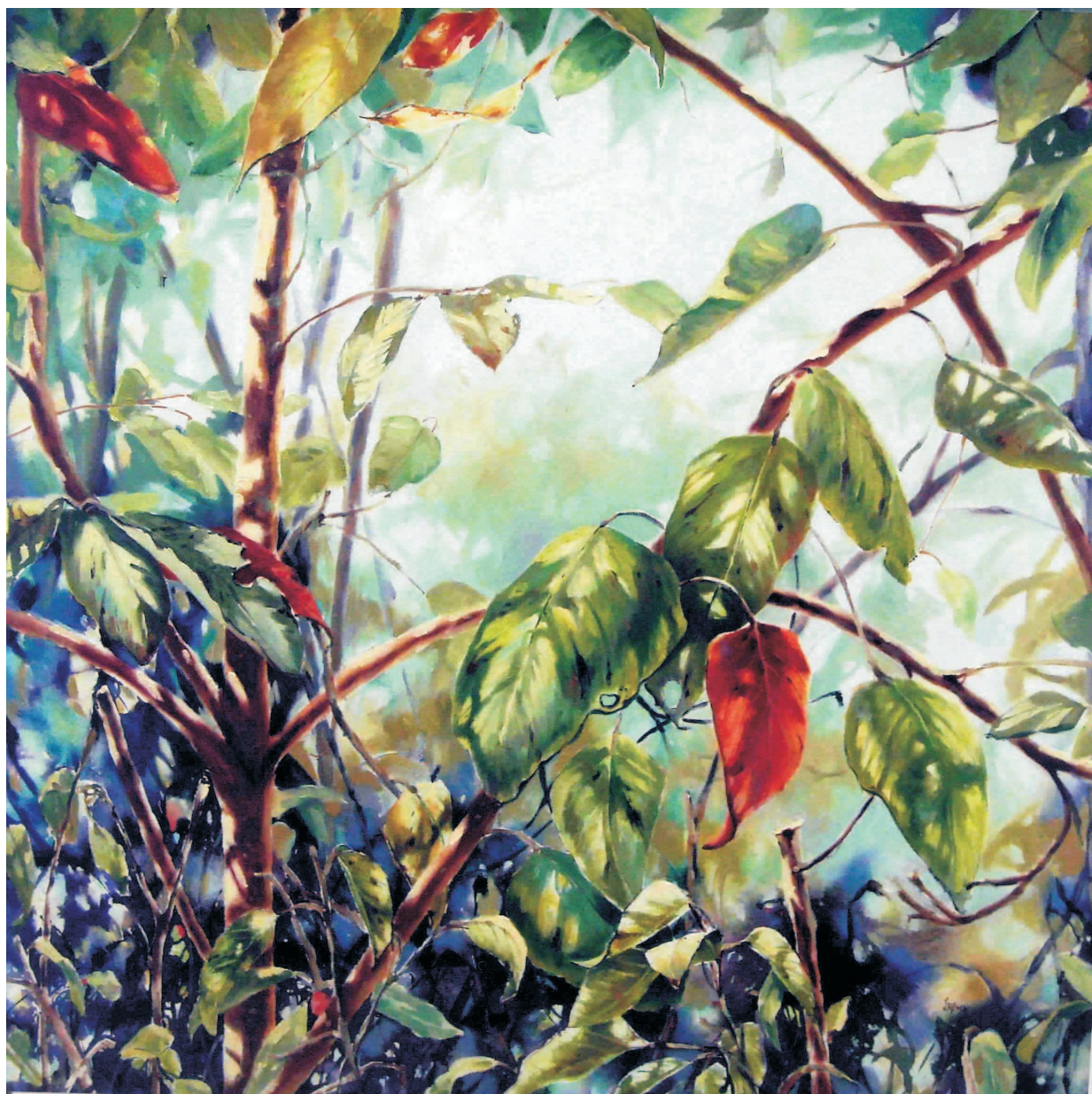
CONCLUSÕES

1. Entre 01/01/2001 a 31/12/2006 no CHS ocorreram 475 óbitos de mulheres durante o seu período reprodutivo.
2. Ao redor de 2/3 delas provieram das cidades circunvizinhas de Sorocaba, chegando em precárias condições de saúde para o atendimento clínico (361 casos) e/ou cirúrgico (114 casos).
3. As principais causas de morte foram na ordem: cardiovasculares (22,35%), neoplasias (18,64%), doenças infecciosas e parasitárias (17,63%), de causas externas (16,38%) e relacionadas com gravidez, parto e puerpério (6,32%).
4. Os resultados deste relatório final da pesquisa revelam que grande parte dos óbitos tem solução complexa, cujos custos, de longe, representam quase nada se comparada com as perdas pessoal, social e econômica da família.
5. Os estudos estatísticos definem importantes subsídios para os indicadores de saúde de uma população, devendo estar ao alcance de todos os níveis de escalões relacionados à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Haddad N, Silva MB. Mortalidade por neoplasmas em mulheres em idade reprodutiva 15 a 49 anos no Estado de São Paulo, Brasil, de 1991 a 1995. *Rev Assoc Med Bras*. 2001; 47:221-30.
2. Saad PM, Camargo ABM. O envelhecimento populacional e suas conseqüências. *São Paulo Perspect*. 1989; 3:40-5.
3. Aquino EML, Menezes GM, Amoedo BEM, Nobre LCC. Mortalidade feminina no Brasil: sexo frágil ou sexo forte? *Cad Saúde Pública*. 1991; 7:171-89.
4. Wingard DL. The sex differential in morbidity rates. Demographic and behavioral factors. *Am J Epidemiol*. 1982; 115:205-16.
5. Carvalheiro CDG, Manço ARX. Mortalidade feminina no período reprodutivo em localidade urbana da região sudeste do Brasil. *Evolução nos últimos 20 anos*. *Rev Saúde Pública*. 1992; 26:239-45.
6. Waldron I. Recent trends in sex mortality ratios for adults in developed countries. *Soc Sci Med*. 1993; 36:451-62.
7. Faúndes A, Parpinelli MA, Cecatti JG. Mortalidade de mulheres em idade fértil em Campinas, São Paulo (1985-1994). *Cad Saúde Pública*. 2000; 16: 71-9.
8. Kruger DJ, Nesse RM. Sexual selection and the male: female mortality ratio. *Evol Psychol*. 2004; 2:66-85.
9. Albuquerque RM, Cecatti JG, Ardi EE, Faúndes A. Causas e fatores associados à mortalidade de mulheres em idade reprodutiva em Recife, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1998; 14:41-8.
10. Siqueira AAF, Rio BEM, Tanaka ACD, Schor N, Alvarenga AT, Almeida LC. Mortalidade feminina na região Sul do Município de São Paulo: qualidade de certificação médica dos óbitos. *Rev Saúde Pública*. 1999; 33:499-504.
11. Charlton MSD. Climatério y menopausa, uma mirada de gênero. *Rev Enferm Actual*. 2004; 3:1-15.
12. Laurenti R, Buchalla CM, Lolio CA, Santo AH, Jorge MHPM. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Município de São Paulo (Brasil), 1986 I: metodologia e resultados gerais. *Rev Saúde Pública*. 1990; 24:128-33.
13. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª ed. São Paulo: OMS; 1995. v. 1. Centro colaborador da OMS para a classificação de doenças em português.
14. Costa AAR, Ribas MSSS, Amorim MMR, Santos LC. Mortalidade materna na cidade de Recife. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2002; 24:455-62.
15. Moraes VA, Naves AG, Pinheiro PN, Viggiano MGC. Mortalidade materna na Clínica Obstétrica do Hospital Geral de Goiânia-INAMPS-GO no período de 1975 a 1988. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 1991; 13:216-21.
16. Camargo ES, Carvalho RL, Nonnemacher B, Guedes NA, Costa PL. Mortalidade materna na Maternidade Mário Totta: um estudo de 10 anos. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 1990; 12:57-60.
17. Mattar R, Vigorito NM, Stávale JN, Camano L. Morte materna em Hospital de Referência. *Hospital São Paulo. Femina*. 1990; 18:292-3.
18. Aguiar RALP, Rezende CAL, Cabral ACV, Assreuy S, Perrupato R. Mortalidade materna no Hospital das Clínicas da UFMG: uma análise retrospectiva de 6 anos. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 1991; 224-7.
19. Berezowski AT, Suetake H, Missiato M, Rudge MVC. Mortalidade materna. Análise dos últimos dez anos do Centro Médico-Universitário de Botucatu-UNESP. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 1995; 17:1001-7.
20. Valadares Neto JD, Martins MPSS, Valadares SM, Costa Filho NF. Mortalidade materna na Maternidade Dona "Evangalina Rosa" (Teresina-PI). *Rev Bras Ginecol Obstet*. 1995; 17:977-84.
21. Sass N, Mattar R, Rocha NSC, Camano L. Coeficientes de mortalidade materna geral e decorrentes de hipertensão arterial na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo no período de 1983 a 1993. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 1995; 17:989-98.
22. Haddad N, Silva MB. Mortalidade por doenças cardiovasculares em mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos), no Estado de São Paulo, Brasil, 1991 a 1995. *Arq Bras Cardiol*. 2000; 75:369-74.
23. Lolio CA, Laurenti R, Buchala CM, Santo AH, Jorge MHPM. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Município de São Paulo (Brasil), 1986. III Mortes por diferentes causas: doenças cardiovasculares. *Rev Saúde Pública*. 1991; 25:37-46.
24. Gus I, Fishmann A, Medina C. Prevalência dos fatores de risco da doença arterial coronariana no Estado do Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol*. 2002; 78:478-83.
25. Uchimura NS, Mariutti AMP, Uchimura TT, Gomes AC. Evolução da mortalidade por câncer de cérvix uterina da

- população feminina de Maringá-PR no período de 1991-1996. Arq Ciênc Saúde Unipar. 2004; 8:63-6.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. Brasília, DF; 1994.
27. Rouquayrol MZ, Filho NA. Epidemiologia e saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2003. P.499-513.
28. Parpinelli MA, Faúndes A, Cecatti JG, Pereira BG, Passini Jr R, Amaral E. Análise da mortalidade evitável de mulheres em idade reprodutiva. Rev Bras Ginecol Obstet. 2000; 22:579-84.
29. Jorge MHPM, Gotlieb SLD, Laurenti R. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento. I Mortes por causas naturais. Rev Bras Epidemiol. 2002; 5:197-211.



FOLHAS
Liliana Alves

Pintura em cores disponível na versão on-line desta Revista (<http://revistas.pucsp.br/index.php/rfcms>).