

MORTALIDADE FEMININA EM IDADE REPRODUTIVA NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS: perfil epidemiológico em 1994

*Kerly Helena Nascimento dos Santos¹
José de Ribamar Pinho França²*

Com o objetivo de estudar o comportamento da mortalidade feminina no período reprodutivo, referente ao ano de 1994, foram investigados todos os óbitos de mulheres, registrados junto ao Setor de Mortalidade da Secretaria Estadual de Saúde, no Município de São Luís, no ano de interesse e selecionados os ocorridos entre 10 e 49 anos. Analisou-se a mortalidade, considerando-se faixa etária, "causa mortis" - segundo a Classificação Internacional de Doenças (9^a Revisão, 1975) - e Anos Potenciais de Vida Perdidos. Dos 339 óbitos registrados no período, 53 (15,6%) foram incluídos na Categoria Sinais, Sintomas e Afecções Mal Definidas. Dentre as causas definidas de morte, prevaleceram: Neoplasmas (23,4%), Doenças do Aparelho Circulatório (23,4%), Doenças Infecciosas e Parasitárias (19,9%), Externas (10,8%) e Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério (6,3%). Verificou-se que foram sacrificados 10.602,75 anos produtivos de vida distribuídos sobretudo entre Doenças Infecciosas e Parasitárias (1.987,5), Doenças do Aparelho Circulatório (1.760,25), Neoplasmas (1.642,5), Causas Externas (1.342,5) e Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério (680). Sugere-se a implementação de políticas de saúde através de programas de prevenção e controle das principais causas de morte feminina, principalmente em idade precoce.

INTRODUÇÃO

A mortalidade feminina no período reprodutivo é tema vasto e ultimamente, vem suscitando interesse crescente na área de Saúde, em virtude dos fatores relacionados à Educação, Saúde e Emprego, importantes a curto prazo no estabelecimento das condições de vida da mulher. (CARVALHEIRO & MANÇO, 1992, p.239).

Nos séculos passados, a imagem usada para representar a mulher dentro da sociedade era somente a de esposa, mãe e doméstica, não sendo reconhecida além do seu papel na reprodução. Atribuía-lhe total vulnerabilidade e incapacidade para solucionar os próprios problemas, ficando na maioria das vezes dependente de recursos dispensáveis à sua própria autonomia. No entanto, observa-se que, nas últimas décadas, a mulher vem adquirindo seu valor e assumindo posições de diferenciada dimensão social, contribuindo ativamente no

¹ Aluna do Curso de Medicina - UFMA

² Professor no Departamento de Medicina III da UFMA Mestrando em Políticas Públicas (Universidade Federal do Maranhão)

orçamento familiar em iguais condições às da população masculina. Isso se expressa também nas mudanças de comportamento quanto ao controle da fecundidade, variável segundo o seu nível de educação e os seus meios econômicos e na maior organização política, através de movimentos específicos de mulheres. (AQUINO et al., 1991, p.183). Nesse contexto, enquadra-se a mulher brasileira que, apesar da grande responsabilidade referente à atividade econômica, ainda vê-se discriminada e sujeita a agressões das mais variadas formas.

Em que pese a luta diária contra as desigualdades sociais - sobretudo as de gênero - e o apelo à cidadania, a mulher permanece com sua indelegável função reprodutora que culmina com a maternidade. Além disso, é-lhe dada quase total responsabilidade nos afazeres domésticos, cuidado e educação dos filhos, mesmo quando exercem jornadas de trabalho iguais às do marido. (AQUINO et al. 1992, p.220).

Em relação a essas questões, o estudo detalhado do comportamento feminino no período produtivo torna-se de importância fundamental, uma vez que o feticídio da mulher nessa faixa etária teria indubitavelmente efeitos diretos e indiretos sobre a família e o Estado.

Importa, portanto, avaliar esses efeitos e analisar as causas da mortalidade prematura da mulher, estabelecendo as prioridades políticas a serem dirigidas à demanda em saúde da população feminina. A esse propósito, o indicador conhecido como Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) poderia refletir com precisão a magnitude dos anos produtivos não aproveitados que decorrem dos óbitos em idades precoces (BUSTAMANTE-MONTE et al., 1994, p.198); e, sobretudo, medir o nível de saúde dessa população com o intuito de contribuir para o processo de seleção de medidas a serem tomadas em função dos recursos disponíveis. (SILVA, 1984, p.19),

Em estudo realizado por CARVALHEIRO & MANÇO (1992) sobre o comportamento da mortalidade feminina no período reprodutivo na região sudeste do Brasil, no período compreendido entre 1985 e 1989, ficaram estabelecidas quatro principais causas de morte que obedeceram à seguinte ordem decrescente: Doenças do Aparelho Circulatório, Neoplasmas. Lesões e Envenenamento e Doenças Infecciosas e Parasitárias.

No Município de São Paulo, LAURENTI et al. (1990) avaliaram a fidedignidade das informações contidas nas declarações de óbitos de mulheres em idade reprodutiva no ano de 1986, mostrando que apesar da intrincada rede de serviços de atendimento que possui este Município, existe ainda uma subenumeração significativa de óbitos. As causas mais prevalentes de morte nesse estudo compatibilizaram-se com as encontradas por CARVALHEIRO & MANÇO (1992).

Em relação às demais regiões brasileiras, a precariedade de informações relacionadas à mortalidade feminina em idade reprodutiva ou, pelo menos, a desatualização confirma o desinteresse das autoridades competentes em fornecer bases elementares à implantação de projetos viáveis para a proteção da mulher.

No Maranhão, a investigação mais recente sobre a mortalidade feminina em idade reprodutiva (FRANÇA & SILVA, 1992, p-43) foi realizada no Município de São Luís, referente ao

ano de 1991. Nesse estudo verificou-se padrão misto de mortalidade, onde avançavam as doenças da industrialização (doenças cardiovasculares, tumores e causas externas), coexistindo com a persistência de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIPs) e câncer de colo uterino, denotadores de um amplo quadro de carência.

É salutar mencionar-se que a deficiente educação para prevenção de doenças ainda é um problema que abrange a maior parte da população feminina, muito embora seja ela a que procura mais espontaneamente e com maior frequência os serviços de saúde (AQUINO et al, 1992, p.196). É por essa razão que a saúde da mulher deve ser enfatizada muito além do diagnóstico) e tratamento de doenças, fugindo ao estilo médico tradicional em favor de um geral, interessado em buscar, reter e ganhar saúde. (MAMEDE, 1989, p.904).

Em virtude da escassez de estudos que demonstrem os dados de mortalidade feminina no período de vigor produtivo, em São Luís – o único é o de FRANÇA & SILVA (1992), justifica-se a realização deste trabalho no sentido de preencher essa lacuna. Através dele procurou-se traçar, a partir de dados secundários, um perfil geral das condições de saúde em que vive a mulher residente neste Município, tendo em vista a possibilidade de sensibilizar e tornar positiva a ação governamental tanto no combate à morte feminina precoce quanto na ampliação de sua expectativa de vida.

Assim, com este propósito, "Mortalidade feminina em idade reprodutiva no Município de São Luís: perfil epidemiológico em 1994" objetiva fundamentalmente caracterizar, discutir e analisar as mortes femininas ocorridas na idade reprodutiva nessa localidade, no ano de interesse.

De modo mais específico, procurou-se atualizar os dados, correlacionar os óbitos por causa mortis, faixa etária e por Anos Potenciais de Vida Perdidos, comparar os resultados aos da pesquisa referente ao ano de 1991, apontar as possíveis deficiências da assistência básica à mulher, fornecer subsídios para a sua correção e tentar sensibilizar por ciclos posteriores as autoridades no sentido de propor ações em saúde que, por certo, deverão influir no bem-estar da população feminina em questão.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado estudo retrospectivo das mortes ocorridas em mulheres no Município de São Luís, a partir da investigação de todos os óbitos registrados junto ao Setor de Mortalidade da Secretaria Estadual de Saúde (SES-MA) referentes ao ano de 1994; e, selecionados destes, os ocorridos em mulheres com idade entre 10 e 49 anos.

Considerou-se a distribuição dos óbitos por causas, segundo a 9ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID), por faixa etária - dividida em grupos de 10 a 19 anos (adolescentes); 20 a 34 anos (adultos jovens) e 35 a 49 anos (adultos) - e por Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) em relação à idade de 65 anos (tomada como idade limite).

Os óbitos foram analisados, utilizando-se a frequência relativa conhecida como mortalidade proporcional por causa, que mede a porcentagem das mortes consequentes a determinada causa, em relação ao total de mortes (LAURENTI et al., 1985, p.107).

Calcularam-se os APVP consoante a técnica de Romeder e McWhinnie (ROMEDER & McWHINNIE apud SILVA, 1984, p.111). A fórmula geral é expressa por:

Onde:

A_i = anos de vida restantes até a idade m , quando as mortes ocorrem entre as idades i e $i+1$

D_i = numero de mortes entre as idades i e $i+1$

$$APVP = \sum_{i=1}^m a_i \cdot d_i = \sum_{i=1}^m (m-i-0,5) d_i$$

Na análise dos óbitos utilizaram-se ainda dados proporcionais e APVP relativos ao ano de 1991, para efeito de comparação.

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

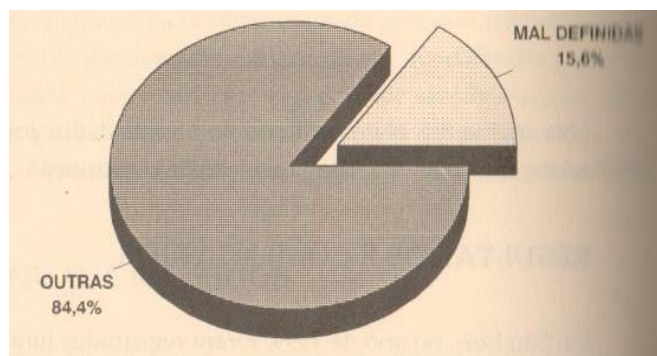
Em São Luís, no ano de 1994, foram registrados junto ao setor de mortalidade da Secretaria Estadual de Saúde (SES-MA) 339 óbitos de mulheres em idade reprodutiva sendo que 19,1% ocorreram no grupo etário de 10 - 19 anos, 29,5% no de 20 - 34 anos e 51,4% na população feminina de 35 - 49 anos (tabela 1).

Tabela 1 – óbitos de mulheres de 10-49 anos, segundo faixa etária em São Luís-MA, 1994.

FAIXA ETÁRIA	ÓBITOS	%
10-19 ANOS	65	19,1
20-34 ANOS	100	29,5
35-49 ANOS	174	51,1
TOTAL	339	100

Na análise dos dados, o grupo dos sinais, sintomas e afecções mal definidos com 15,6% dos casos, destacou-se entre as principais causas de morte, ocupando o quarto lugar em ordem de frequência (figura 1).

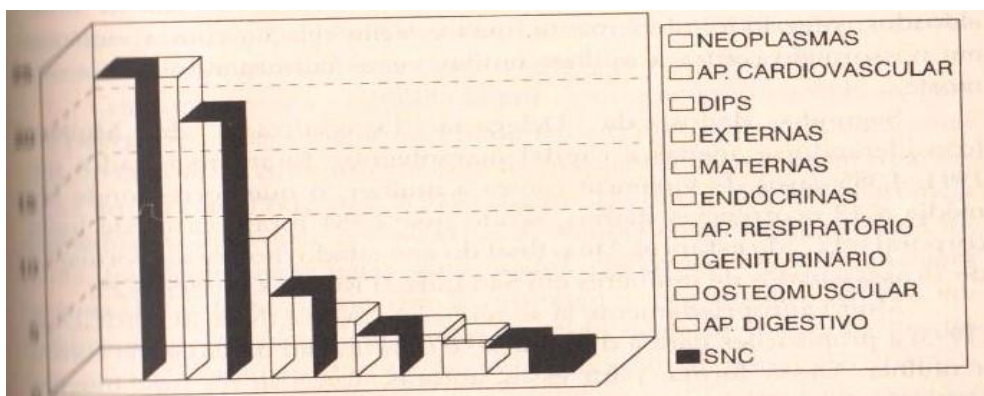
Figura 1 - Mortalidade proporcional por causas (Capítulos da CID), em mulheres de 10 - 49 anos, em São Luís, MA, 1994.



Em relação a 1991, houve um aumento de 8,13% na mortalidade por essas causas mal definidas, o que pode comprometer os resultados da estatística vital e por certo, em consequência, interferir nas políticas públicas a serem adotadas. Nesse contexto, importa observar, consoante estudo desenvolvido em nosso meio por BANDEIRA et al. (1995), que investigaram 1.637 atestados de óbitos de mulheres em idade fértil no município de São Luís entre os anos de 1990 e 1994, que o elevado percentual de casos "iterados ou desconhecidos", decorre, em parte, do preenchimento das declarações de óbito realizado de maneira incorreta, em virtude de negligência ou desconhecimento de como preenchê-las, sendo frequente também tomar-se esse total como "casos de morte sem assistência médica". Em última instância, esse quadro aponta para a necessidade de conscientização do profissional médico quanto à importância para as políticas de saúde do preenchimento correto do atestado de óbito, e da instalação a nível hospitalar do "Serviço de Verificação de Óbitos"(SVO), possibilitando o conhecimento da causa básica da morte e a apuração da realidade estatística desse evento vital.

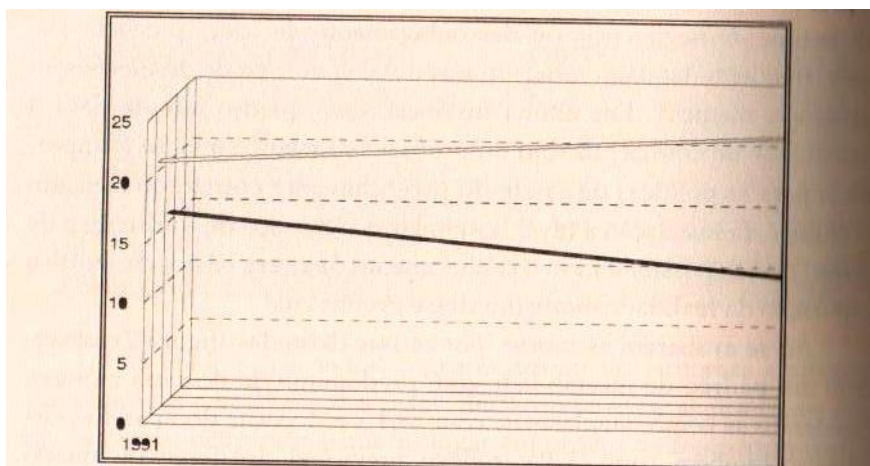
Ao se avaliarem as mortes por causas definidas (figura 2), observa-se um padrão de mortalidade com predomínio de doenças crônico-degenerativas como neoplasmas, com 23,4% e doenças do aparelho circulatório também com 23,4%, reflexo previsível do desenvolvimento econômico. Porém, a coexistência de doenças infecciosas, com 19,9%, denota a persistência em nosso meio das condições de subdesenvolvimento.

Figura 2 - Mortalidade por causas definidas, em mulheres de 10 - 49 anos, em São Luís, MA, 1994



A figura 3 demonstra que tal situação, se comparada ao ano de 1991, não apresentou diferença significativa, pois o perfil das mortes foi quase o mesmo, à exceção das DIP's e causas externas que tiveram suas posições invertidas. Assim, naquele ano, os neoplasmas contribuíram com 23,16%, as doenças do aparelho circulatório com 20,70%; e as DÍP's, com 13,66%.

Figura-3 - Comparação das causas definidas de morte feminina, em mulheres de 10 - 49 anos, em São Luís, MA, 1991 e 1994.



Quanto à mortalidade por causas externas, quarto lugar (10,8%) entre as principais causas definidas de morte (figura 2), e em APVP com 1.342,5 (tabela 2), verificou-se que houve queda proporcional em comparação a 1991 (figura 3), aí ocupou o terceiro posto (15,79%) em ordem de frequência e o segundo em APVP (1.742,5). Apesar dessa melhora considerável, de certa forma alentadora, tais resultados revelam-se ainda elevados, sugerindo, obviamente, uma estreita relação com a violência em nosso meio contra a mulher muitas vezes culminando com a sua morte.

Segundo dados da Delegacia Especializada da Mulher, (considerando-se apenas a capital maranhense), foram registrados em 1994, 4.385 casos de violência contra a mulher, o que corresponde em média a 12 ocorrências diárias, sendo que 2.384 foram casos de lesão corporal e 127, de estupro. Até o final do ano citado, houve a informação de 16 assassinatos de mulheres em São Luís. (PRIVADO, 1995, p-25).

Muito apropriadamente já se referiam LAKKAIN &c RODKÍCULZ (1993) a proposições para a diminuição e erradicação da violência contra a mulher. Dessa forma, para essas autoras, toma-se de fundamental importância a implementação de mecanismos institucionais como as Delegacias de Mulheres, cujo objetivo principal é acolher as denúncias de mulheres vítimas de violência; escritórios legais para atender juridicamente às vítimas; grupos de auto-ajuda ou de apoio, entendidos como espaços de encontro das mulheres vítimas da violência e escritórios governamentais da mulher, que, como tais, podem impulsionar ações e programas integrais para solucionar tal problema.

É necessário, ainda, para erradicar a violência contra a mulher, a adequação das legislações nacionais aos princípios de não discriminação contidos nos instrumentos internacionais, subscritos pelo Estado, requerendo assim mesmo outros fatores. Em primeiro lugar, o Direito Penal deve caracterizar a violência de maneira que prevaleçam os interesses e a segurança da vítima. O sistema policial deve contar com pessoal capacitado para receber ou processar os casos de maus tratos e violações.

O sistema de denúncia deve ser revisado, a fim de transferir as agressões, inclusive as domésticas, e as violações, da esfera de ação privada, permitindo a sua denúncia por parte de qualquer interessado. Os procedimentos de prova devem ser realistas e considerar as circunstâncias especiais em que se produzem os incidentes de violência e as violações. (BOLIS, 1993, p.263).

Por fim, as hierarquias de sexo na sociedade devem ser eliminadas e os padrões culturais devem modificar-se, deixando de lado a visão passiva e vulnerável, que é típica da mulher em muitas culturas, valorizando-a pela função que, em verdade, desempenha na sociedade como agente e promotora do desenvolvimento social, cultural e econômico, requerendo para isto a ação pública e privada. A ação do setor privado não só resulta efetivamente na habilitação de centros de proteção à mulher agredida mas também na utilização de recursos para a educação das mulheres em geral, no que tange a seus direitos e prerrogativas.

Com referência à mortalidade por complicações da gravidez, parto e puerpério (causas maternas), pode-se constatar que ocupou a quinta posição com 6,3% entre as causas mais frequentes de morte, equiparando-se ao ano de 1991, com 6,32% (figura 2). Em geral, tal ocorrência mantém-se com proporções relativas aparentemente baixas, o que é tomado frequentemente pelas autoridades governamentais de maneira errônea, levando-as a priorizar investimentos nos demais setores, em detrimento deste. Neste particular, é válido destacar que estas mortes têm conotação demais da psicobiológica individual, social e econômica (FRANÇA et al., 1995, p.239), sobretudo por envolver também questões fundamentais como orfandade e mortalidade infantil.

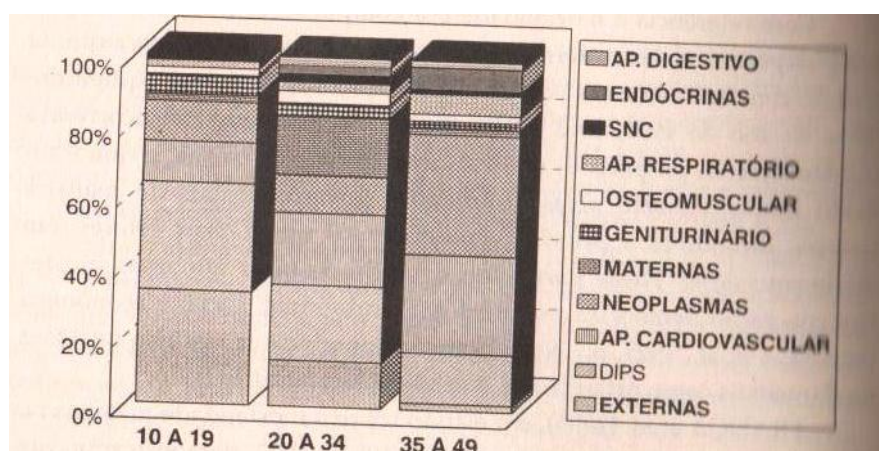
FRANÇA et al. (1995), em estudo sobre a mortalidade materna no Município de São Luís entre os anos de 1987 e 1993, demonstraram um coeficiente de mortalidade materna para o período de 113,63/100.000 nascidos vivos. Estes autores concluíram que os resultados deixam muito a desejar, principalmente quando comparados aos de outros centros e, sobretudo, ao considerar-se que os mesmos devam estar subnotificados.

Como se não bastasse, em nosso estudo, as causas maternas foram responsáveis por um total de 680 APVP (tabela 2), levando-nos a crer na necessidade do emprego prático e prioritário de ações globais que definam formas políticas de organizar serviços e prestar assistência à mulher, aos moldes do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), de modo a reforçar a atuação do sistema de saúde vigente na prevenção e controle dessas importantes causas de morte feminina.

Em relação à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), face à dimensão que parece ter esta doença em nosso meio, estranha-se o fato de apenas seis casos terem sido registrados. Isto sugere um possível sub-registro da mesma como causa básica devendo, pois, estar mascarada por suas causas consequenciais, estas, registradas.

Considerando-se a faixa etária, como ilustra a figura 4, verificou-se que em mulheres de 10 a 19 anos (adolescentes), houve predomínio das causas externas (34%), consoante a maioria dos demais estudos; entretanto, não observado nos grupos etários de 20 a 34 anos (adulto jovem) com 13,2% e 25 a 49 anos (adulto) com 2,0%.

Figura 4 - Mortalidade segundo faixa etária, em mulheres de 10 – 49 anos, em São Luís, MA, 1999



Isto se associa com frequência ao fato de as adolescentes (por razões complexas de cunho socioeconômico, dentre elas a exploração da força de trabalho infantil e a prostituição infantil) ficarem expostas muito precocemente aos atos violentos e, conseqüentemente, à morte. Por outro lado, a violência urbana cotidiana, caminhando *pari passu* ao processo de industrialização, contribui sobremaneira para esses decessos. Este quadro fez-se notar em pesquisa realizada pelo centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente - baseada em informações dos jornais locais - sobre dados da violência contra adolescentes no Maranhão, referente ao período de 1990 a 1993, demonstrando que ocorreram, pelo menos, 912 casos de Lesão Corporal, 170 de Estupro, 39 de Homicídio, 38 de Tentativa de Estupro, 34 de Desaparecimento, 22 de Atentado Violento ao Pudor, cinco de Tentativa de Homicídio e um de Sequestro.

As DIP's também expressaram-se como causas importantes de morte em adolescentes com 32% (figura 4). No estudo realizado em 1991, estas causas de morte prevaleceram tanto para o grupo adolescente quanto para a faixa de adultos jovens.

Face à diversidade das formas de violência e suas causas e às precárias condições socioeconômicas em que vive a grande maioria da população, torna-se difícil a prevenção

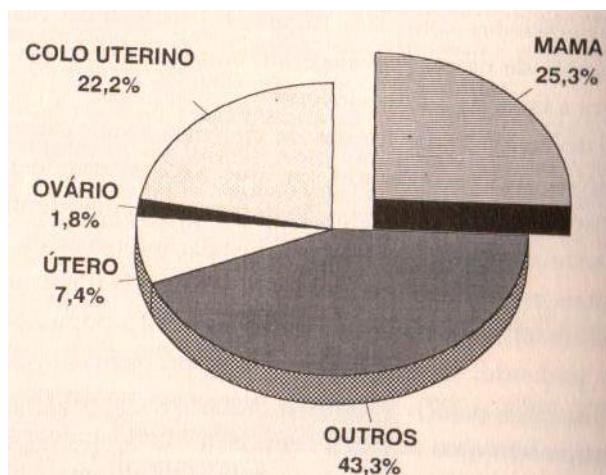
desses problemas dentro do setor de saúde. Deste modo, faz-se mister a instalação efetiva de estratégias governamentais específicas, aos moldes do PROSAD (Programa de Saúde do Adolescente), conferindo-se atenção especial à população feminina adolescente podendo, assim, atingir esses problemas. (CORREIA & McCAULIFFE, 1993, p.327).

No grupo feminino adulto jovem (20 a 34 anos), nota-se uma mudança no perfil das mortes, prevalecendo as DIP's com 21,6%, as doenças do aparelho circulatório com 20,4% e as complicações da gravidez, parto e puerpério com 17%. Estas últimas desafortunadamente encontradas nessa fase de maior vigor reprodutivo (figura 4). Em 1991, as causas maternas também ocuparam o terceiro lugar com 18,18% dos casos.

Lamenta-se o fato dos óbitos nesta faixa etária - evitáveis através de investimentos no setor de saúde - trazerem sérios prejuízos para o processo de desenvolvimento social, tendo em vista que, nessa fase, as mulheres têm participação ativa com sua força de trabalho em vários setores da sociedade, sobretudo em atividades produtivas relacionadas à família e ao Estado.

Na população feminina adulta (35 a 49 anos), os neoplasmas e as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por quase dois terços de todos os decessos (figura 4), o que também foi observado em 1991- E importante ressaltar que mais da metade das mortes por neoplasmas decorreram da área ginecológica (figura 5), destacando-se: câncer de mama (25,3%), de colo uterino (22,2%), de útero (7,4%) e de ovário (1,8%). Essa composição revela a coexistência de neoplasia típica de países industrializados (mama) com aquela predominante em populações subdesenvolvidas (colo de útero)

Figura 5 - Padrão de mortalidade feminina por neoplasmas, em São Luís, MA, 1994



É importante mencionar que este problema de saúde da mulher, nos países em desenvolvimento como o nosso, não tem recebido a devida prioridade nos programas, planos e políticas de Saúde Pública. É necessário criar maior consciência sobre a magnitude e gravidade do problema assim como a necessidade de organizar os programas de controle de forma eficiente. É indispensável melhorar a informação destinada às mulheres sobre os tipos de cânceres que mais as afetam, as condições que aumentam o risco de agravá-los e a maneira de descobri-los precocemente, a fim de que tenham maior responsabilidade na prevenção e

controle, evitando, assim, o custo social de perdas de vida, caras à sociedade. Ao lado disto, a Rede Municipal de Saúde de São Luís necessita descentralizar os laboratórios de diagnóstico do câncer de colo uterino, talvez instalando-os nas próprias Unidades Mistas do Município e fornecendo, assim, maiores possibilidades de acesso e cobertura à demanda feminina, dentro de um suporte integral de atendimento custo-eficaz.

Quanto às doenças cardiovasculares/ a assistência é, geralmente, prestada de modo precário, descontínuo e restrito aos períodos de agudização ou complicações dessas doenças (AQUINO, 1989, p.19), traduzindo a baixa efetividade dos programas de saúde existentes e a dificuldade de acesso da população feminina aos mesmos. Deve-se considerar, ainda, que a existência dos fatores de risco para estas doenças sugerem o compromisso da própria mulher na promoção de sua saúde, devendo também ser objeto das ações de Saúde Pública.

Ainda no grupo etário adulto (figura 4), constatou-se que as doenças das glândulas endócrinas com 6,5% e do aparelho respiratório com 4% assumiram posições importantes entre as cinco principais causas de morte. Destacam-se aqui as mudanças de comportamento feminino, envolvendo a incorporação de hábitos, como o de fumar, com conhecidas implicações para a saúde, estando associado a doenças respiratórias e cardiovasculares, implicando no agravamento de doenças como as endócrinas (AQUINO et al., 1991, p.184) e, sem dúvida, contribuindo para uma morbidade prolongada, gerando maior incapacidade e alto custo em atenção médica.

Tal aspecto deve ser considerado pelas estratégias de controle, dando-se especial atenção à publicidade nos meios de comunicação coletiva; que favorece a segmentação do mercado e, dadas as tendências atuais, afeta fundamentalmente a mulher jovem. (ROBLES, 1993, p.184).

No que tange aos APVP (tabela 2), foi sacrificado um total de 10.602,75 anos produtivos por todas as causas, encontrando-se uma diferença de 747,75 anos para mais, em relação a 1991.

Apesar dos neoplasmas e das doenças do aparelho circulatório terem sido responsáveis por quase metade das mortes femininas (figura 2), foram as DIP's que resultaram em maior perda por anos potenciais de vida (1937,5), como se pode observar na tabela 2, espelhando a sua maior ocorrência em mulheres jovens, roubando, portanto, mais anos de vida potencialmente úteis à força de trabalho,

Tabela 2 - Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), segundo causa de morte, em mulheres de 10 -49 anos, em São Luís, MA, 1994.

CAUSAS	APVP
DIP's	1987,5
MAL DEFINIDAS	1842,5
AP. CIRCULATÓRIO	1760,25
NEOPLASMAS	1642,5
EXTERNAS	1342,5
COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO	680
AP. GENITOURINÁRIO	322,5
ENDÓCRINAS	247,5
AP. RESPIRATÓRIO	247,5
OSTEOMUSCULAR	222,5
SNC	160
AP. DIGESTIVO	147,5
TOTAL	10.602,75

Os sinais, sintomas e afecções mal definidos também contribuíram com elevado numero de APVP (1.842,5), ratificando a questão de desconhecimento da causa básica da morte poder comprometer as estatísticas vitais e o direcionamento das políticas.

Logo em seguida contribuíram as doenças do aparelho circulatório (1760,25), neoplasmas (1.642,5), causas externas (1.342,5), complicações da gravidez, parto e puerpério (680), doenças do aparelho genitourinário (322,5), das glândulas endócrinas (247,5), do aparelho respiratório (247,5), do sistema osteomuscular (222,5), do SNC (160) e do aparelho digestivo com 147,5 (tabela 2).

CONCLUSÕES

Conforme se depreende da investigação apresentada, vê-se que a mulher em idade reprodutiva no Município de São Luís ainda trava embate ferrenho contra as indicias condições de sua própria sobrevivência, sendo vítima de um somatório de condições vindouras com o desenvolvimento, sem sequer ter-se livrado das básicas patologias atinentes ao subdesenvolvimento. Assim, enfatiza-se mais uma vez que as necessidades de saúde da mulher constituem um campo de investigação e de ação concreta em que se requer mais compromisso político – no sentido de direcionar as ações em saúde - e uma maior conscientização por parte das mulheres sobre seus direitos, que incluem o direito à privacidade, à atenção em saúde, aos

benefícios do progresso científico, à liberdade de toda forma de discriminação; enfim, a um padrão qualitativo de vida compatível com o desenvolvimento das sociedades modernas.

Com referência mais especificamente às principais causas de morte feminina, coloca-se a necessidade da implementação de políticas oficiais que deem atenção integral e ampla à saúde da mulher, com ênfase em aspectos tais como combate às doenças infecciosas e neoplasmas, à organização dos programas de assistência pré e pós-natal, orientação sexual e reprodutiva e o cumprimento legal das causas relativas à proteção da mulher e à valorização dos seus direitos.

Aiming to study female mortality behaviour in 1994, were investigated all the women's deaths registered at the Mortality Division of the City's Health Bureau (Secretaria Estadual de Saúde), in São Luís, Maranhão during that year.

The study group was conformed by women between 10 to 49 years. Mortality was analysed considering age, death causes - according to the International Diseases Classification (CID, 9, Revision, 1975) - and potential years of life lost (PYLL). From the total of 339 deaths registered during that year, 53 (15,6%) were included in the Signs, Symptoms and Not Defined Affections category. The most important defined death causes, were Neoplasm's (23,4%), Circulatory's System Diseases (23,4%), Infectious Parasitological Diseases (19,97ii), External (10,8%) and Pregnancy, Delivery and Puerperium Complications (6,3%). There was a lost of 10.602,75 productive years of life distributed especially among Infectious Parasitological Diseases (1,987,5), Circulatory's System Diseases (1.760,25), Neoplasm's (1.642,5), External Causes (1.342,5) and Pregnancy, Delivery and Puerperium Complications (680). It is suggested the implementation of health policies through programmes to prevent and control the main causes of women's deaths, especially in premature age.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

AQUINO, H. M. L. Saúde da mulher no Brasil: antigas e novas necessidades. In: CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER. Quando a paciente é mulher Brasília, 1989.

AQUINO, Ê. M. L. et al. Mortalidade feminina no Brasil: sexo frágil ou forte? Cad. Saúde Publica Rio de Janeiro, v,7, n.2, p.174-189,1991.

AQUINO, E. M- L-, MENEZES, G. M. S., AMOEIDO, M. B. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rev. Saúde Publ, v.26, n.3, p.195-202,1992.

BANDEIRA, V. A. P. et al. Crítica ao preenchimento de atestados de óbito. In: CONGRESSO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DO MARANHÃO, 2. JORNADA MARANHENSE DO CLIMATÉRIO, 2. FÓRUM DE DEBATES O COTIDIANO DA MULHER NO FEMININO, 1995, São Luís. Resumos São Luís: Imprensa Universitária, 1995. 22p. p. 17.

BARROSO, C. Trabalho e saúde da mulher. Rev. Bras. Saúde Ocupac.,V.38, n.10, p.7-11, 1982.

BOLIS, M. Tipificación de la violencia contra la mujer en la legislación de América Latina. In: GÓMEZ GÓMEZ, E. Género, mujer y salud en las Américas. Washington: OPS, 1993. p.258-265.

BUSTAMANTE-MONTES, L. P. et al Efectos de la aplicación del indicador de años de vida productivos perdidos (modelo inversión producción consumo) en el ordenamiento de las causas de muerte en México, 1990. Rev. Saúde Publ, v.28, n-3, p.198-203, 1994.

CARVALHEIRO, C. D. G., MANÇO, A. R. X. Mortalidade feminina no período reprodutivo em localidade urbana da região sudeste do Brasil: evolução nos últimos 20 anos. Rev. Saúde Publ, v.26, n.4, p.239-245, 1992.

CENTRO DE DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE PADRE MARCOS PASSERINL Era uma vez... Dados da violência contra criança e adolescente no Maranhão: 1990-1993. São Luís, 1995.

CORRHIA, L. L., McCAULIHFH J. F. Saúde materno infantil. In: ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia & Saúde. 4.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

ENCONTRO DA REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS, 1, Itamaracá, 1993.

FAUNDES, A. et al. Intervenções para a redução da mortalidade materna. Rev. Paul. Med.São Paulo, v.107, n.1, p.47-52, 1989.

FRANÇA, J. R. P. Mortalidade materna em São Luís no período de 1987 a 1991. In: CONGRESSO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DO NORTE E NORDESTE, 18. CONGRESSO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO MARANHÃO, 1992, São Luís, Resumos... São Luís: Imprensa Universitária, 1992, 62p. p.45.

FRANÇA, J. R. P. et al. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no município de São Luís - MA. Rev. Pol. Publ, São Luís, v.1, n.1, p.233-241, jul/dez. 1995.

FRANÇA, J. R. P., SILVA, R. A. . Perfil da mortalidade feminina em São Luís, na idade reprodutiva (Brasil, 1991). Ocorrência na adolescência. In: CONGRESSO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DO NORTE E NORDESTE, 18. CONGRESSO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO MARANHÃO, 1, 1992, São Luís . Resumos...São Luís: Imprensa Universitária, 1992, 62p. p.43.

LARRAIN, S., RODRIGUES, T. Los orígenes y el control de la violencia doméstica en contra de la mujer. In: GÓMEZ GÓMEZ, E. Género, mujer y salud en las Américas. Washington: OPS, 1993, p.202-209.

LAURENTI, R. Morbidade e mortalidade feminina. In: CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER. Quando a paciente é mulher. Brasília: 1989. p.23-31.

LAURENTI, R. et al. Mortalidade de mulheres em idade fértil no município de São Paulo (Brasil), 1986: I - metodologia e resultados gerais. Rev. Saúde Públ., v.24, n.2, p.128-133,1990. •

_____. Mortalidade de mulheres em idade fértil no município de São Paulo (Brasil), 1986: II - mortes por causas maternas. Rev. Saúde Públ., v.24, n.6, p.468-472,1990.

_____. Estatísticas de saúde. São Paulo: EPTI 1B6d.

LE5SA, I. Doenças não-transmissíveis. In: ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia & Saúde. 4.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

LOLIO, C. A. de, SANTO, A. H., HUCHALLA, C. M. Mortalidade de adolescentes no Brasil, 1977, 1980 e 1985: magnitude e tendências. Rev. Saúde Publ., v.24, n.6, p.481-489, 1990.

MAMEDE, M. V. Saúde da mulher. Feminina, v.17, n.11, p.904-906, 1989.

MANUAL de classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito. 9.ed. rev. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças - OPS/OMS, 1978.

MELLO JORGE, M. H. P. de. Situação atual das estatísticas oficiais relativas à mortalidade por causas externas. Rev. Saúde Publ., v.24, n3, p.217-223,1990.

MORTALIDADE materna: uma tragédia cotidiana. Jornal da Rede, v.1, n.1, p-3-4, maio 1994.

PINOTTI, J. A., FAÚNDES, A. Saúde da mulher e planejamento familiar. Rev. Assoe. Med, Bras., v.33, n.1/2, p.25-28,1987.

PORTUGAL, A. M., MATAMALA, M. 1. Movimiento de salud de las mujeres: una visión de la década. In: GOMEZ CX)MEZ, E. Género, mujer y salud en las Américas. Washington: OPS, 1993, p.292-304.

PRIVADO, D. G. Violência no campo, violência em casa: análise da alteração do papel feminino frente a questão da violência de gênero. São Luís, 1995. 64p. (Monografia).

ROBLES, S. C. El tabaquismo en la mujer de las Américas. In: GÓMEZ GÓMEZ, E. Género, mujer y salud en las Américas. Washington: 01, 1993, p.178-186.

SILVA, M. G. C. Anos Potenciais de Vida Perdidos segundo causas, em Fortaleza (Brasil), 1987-80. Rev. Saúde Publ., v.18, n.2, p.108-121, 1984.

SIQUEIRA, A. A. F. de, TANAKA, A. C. d'A. Mortalidade na adolescência com especial referência à mortalidade materna, Brasil, 1980. Rev. Saúde Publ., v-20, n.4, p.274-279, 1986.

TANAKA, A. C. d'A et al. Situação de saúde materna e perinatal no Estado de São Paulo, Brasil. Rev. Saúde Publ., v.Z3, n.1, p.67-75, 1989.