

Mortalidade feminina no estado do Maranhão: uma abordagem quantitativa

Female mortality in the state of Maranhão: a quantitative approach

Aline Lima Pestana¹, Rosângela Fernandes L. Batista², Sabrina Furtado Cunha³, Elza Lima da Silva⁴, Ana Livia Pontes de Lima⁵

Resumo

Introdução: A população feminina brasileira representa parcela importante da população geral, constituindo fração considerável da força produtiva do país. **Objetivos:** Caracterizar as causas de morte entre mulheres de 10 anos e mais no estado do Maranhão no ano de 2005. **Metodologia:** Estudo do tipo transversal, retrospectivo com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados utilizando o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) da Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão (SES). Para este estudo foram selecionados as Declarações de Óbito (DO) de mulheres com idade superior a 10 anos perfazendo um total de 8.417. **Resultados:** Foi evidenciado que a maioria das mulheres que foram a óbito encontrava-se na faixa etária de 70-89 anos, e dentre as principais causas de mortes femininas ocorridas no período destacaram-se as causas mal definidas (35,73%), as doenças cardiovasculares (11,37%), as doenças cerebrovasculares (11,05%) e o Diabetes Mellitus (7,05%). **Conclusões:** Apesar das imprecisões e falhas que podem ocorrer no preenchimento das declarações de óbito, os dados de mortalidade obtidos por meio dessa fonte podem trazer subsídios para um conhecimento aproximado das causas básicas de mortalidade e dar idéia de sua evolução no tempo e de sua distribuição no espaço, segundo atributos individuais das pessoas falecidas.

Palavras-chaves: Declaração de óbito. Causa de óbito. Saúde da Mulher.

Abstract

Introduction. The Brazilian female population represents an important share of the overall population and constitutes a considerable part of the country's workforce. **Objective.** To characterize the causes of death among women with minimum age of 10 years, in the state of Maranhão, in 2005. **Methods.** Transversal, retrospective study with quantitative approach. The data was collected using the mortality information system (SIM) of the Maranhão Department of Health (SES). For this study, we used death certificates of 8,417 women with not less than 10 years of age. **Results.** Most women that died were 70 to 89 years of age. The main causes of death in 2005 were the badly-defined mortality causes (35.73%), cardiovascular diseases (11.37%), cerebrovascular diseases (11.05%) and Diabetes Mellitus (7.05%). **Conclusion.** Despite the inaccuracies and errors which may occur during the filling of death certificates, the mortality data obtained through this source can give us enough information for understanding partially the basic causes of death. Moreover, this information may also shed light on the evolution of causes of mortality through time and their space distribution according to individual features of the deceased people.

Keywords: Death certificate. Causes of death. Women's Health.

Introdução

No Brasil, as principais causas de mortalidade feminina são as doenças cardiovasculares, seguida pelas neoplasias, problemas do aparelho respiratório, doenças endócrinas e nutricionais. As complicações da gestação, parto e puerpério somam a décima causa de morte feminina, sendo a maior parte desses casos evitáveis¹

No sudeste do Brasil após estudo realizado entre 1985 e 1989, as quatro principais causas de morte feminina no período reprodutivo foram em ordem decrescente: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, lesões e envenenamentos e as doenças infecciosas e parasitárias. As mortes decorrentes de doenças da gravidez, parto e puerpério não apareceram entre as principais causas²

Ao analisar óbitos em mulheres de 10 a 49 anos, ou seja, mulheres em idade fértil, nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, a pesquisa mostrou que as dez

primeiras causas de óbito encontradas foram: acidente vascular encefálico, AIDS, homicídios, neoplasia de mama, acidentes de trânsito, doença hipertensiva, neoplasia de órgãos digestivos, diabetes, doença isquêmica do coração e neoplasia de colo de útero. A mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal não foi pontuada como as principais causas³.

Enquanto as doenças relacionadas ao aparelho circulatório vêm se mantendo com índices elevados ao longo dos anos, há uma tendência ao declínio das mortes por Doenças Infecciosas e Parasitárias. A população feminina está sendo exposta a riscos provenientes da modernidade.

Em estudo abordando a morbimortalidade feminina no Brasil (1979-1995)⁴ realizado pelo Núcleo de Estudo de População (NEPO) foi possível identificar o perfil de morbimortalidade feminina no país, com enfoque especial à saúde reprodutiva. Ao serem analisados os dados da Bahia segundo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), as mortes decorrentes das Doenças

¹ Enfermeira. Especialista em Enfermagem Clínico Cirúrgica. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

² Enfermeira. Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade de São Paulo - USP. Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade Santa Terezinha (CEST).

³ Enfermeira. Especialista em Enfermagem Clínico Cirúrgica. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HUUFMA.

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Fisiopatologia Clínica/Universidade Estadual do Rio de Janeiro-UERJ. Docente da UFMA

⁵ Enfermeira. Especialista em Saúde do Trabalhador.

Contato: Aline Lima Pestana. Email: aline_lima_pestana@yahoo.com.br

do Aparelho Circulatório e das Neoplasias responderam por mais da metade das mortes no estado. Em Goiás, as principais causas de morte na faixa etária de 10 a 34 anos foram Causas Externas, seguidas por Causas Mal Definidas.

No Brasil, diante da dificuldade para se obter regularmente dados de mortalidade abrangentes e confiáveis, o Ministério da Saúde em 1975 promoveu a implantação de um sistema nacional de vigilância epidemiológica e de um modelo padronizado de declaração de óbito (DO), sendo criado então o Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM / MS. A análise constante desses dados tem importante papel no planejamento local, regional e nacional ao permitirem a elaboração de indicadores sensíveis que identificam grupos de risco e possibilitam a implantação de programas públicos especiais⁵.

As informações sobre mortalidade são provenientes, em sua grande maioria, das DO's. Preenchidas pelo profissional médico, por ocasião da morte, deveriam permitir uma homogeneização dos diagnósticos e proporcionar um grau de confiabilidade nos dados, porém fica na dependência da qualidade do preenchimento.

Por vezes são preenchidas inadequadamente pela pouca importância que se dá ao registro, por desconhecimento ou até mesmo para mascarar a causa básica da morte. Geralmente é informada a causa terminal, ou seja, as complicações da causa básica que levou à morte, e não a própria causa básica⁶.

Os dados de identificação do falecido quanto à idade, sexo, estado civil, profissão, naturalidade e local de residência constituem-se em elementos preciosos para os estudos epidemiológicos e análise de vários indicadores de saúde.

Tendo em vista o quantitativo de registros efetuados, supõe-se que existam inúmeros sepultamentos sem registro, determinando uma redução do número de óbitos conhecidos (subregistro).

Para que seja possível a análise da mortalidade de uma localidade é necessário que seja apontado os óbitos classificados segundo causa básica como Mal Definidos (capítulo XVIII da Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão - CID-10), que englobam também os óbitos sem assistência médica. Estes representam uma importante lacuna no conhecimento da distribuição das causas de mortes, constituindo obstáculos para alocação racional dos recursos de saúde com base em panorama epidemiológico⁷.

Na mesma pesquisa realizada pelo NEPO a região Nordeste, seguida da Região Norte, apresenta as maiores proporções da causas mal definidas dos óbitos femininos, com os piores índices nos estados do Maranhão, Ceará e Piauí.

Do ponto de vista do conhecimento da causa básica da morte, a informação de um diagnóstico, mesmo que incompleto, pode ser considerada melhor que a referida no tópico anterior (Causa Mal Definida) por ser possível, pelo menos, alocar o óbito dentro de um conjunto de causas afins, agrupadas em um capítulo da CID. Entende-se por diagnósticos incompletos aqueles diagnósticos que são consequência ou complicações da causa básica de morte, assim as estatísticas de mortalidade ficam comprometidas quanto a sua qualidade⁷.

Desenvolveu-se este estudo com o objetivo de caracterizar as causas de morte entre mulheres de 10 anos e mais no estado do Maranhão no ano de 2005. Frente à problemática descrita surgiu o interesse em

destacar as causas de mortalidade feminina no estado do Maranhão por se tratar de um tema de grande relevância para a saúde pública. Pretende-se com este estudo, oferecer subsídio para implementação de ações de saúde para melhorar a assistência prestada às mulheres neste Estado.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa documental, do tipo descritiva com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados utilizando o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) da Secretaria do Estado da Saúde do Maranhão (SES-MA) apoiado com um formulário para o registro dos dados coletados. Utilizou-se o banco de dados do ano de 2005, pois era o mais atualizado no momento do estudo.

Foram investigados nesta pesquisa óbitos de mulheres que tinham idade igual ou superior a 10 anos. Optou-se por essa faixa etária, e não somente a de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), devido elevado índice já conhecido de mortes na faixa etária de 60 anos e mais. Houve o registro de 23.931 óbitos no Maranhão em 2005. Para este estudo foram selecionados somente as Declarações de Óbitos-DO de mulheres na faixa etária definida acima perfazendo um total de 8.417, porém houve perda de duas DO's por não conterem dados suficientes.

Foram selecionadas as seguintes variáveis: idade, raça/cor, estado civil, escolaridade, ocupação e causa básica do óbito. Os dados foram processados nos programas TABWIN e STATA 9 e apresentados em gráficos e tabelas

Resultados

Os óbitos ocorridos em mulheres apresentaram maior frequência nas faixas etárias dos 70-89 anos, sendo que 41,69% ocorreram em São Luís e 37% no interior. Seguida da faixa etária dos 50 - 69 anos com 27,87% em São Luís e no interior, 30,93%. Na faixa etária dos 10-19 anos observa-se que morreram 7,3 vezes mais mulheres nesta faixa etária no interior que na capital (Tabela1).

Os óbitos ocorridos em mulheres no ano de 2005 predominaram na raça parda (64,10%). Das mulheres que residiam no interior do estado 51,88% não tinham escolaridade e 37,94% eram casadas enquanto que as que morreram na capital eram viúvas (37,90%).

Em 2005 destacaram-se como causas de óbitos entre mulheres as mal definidas, as doenças cardiovasculares (doenças cardíacas hipertensivas, infarto agudo do miocárdio e insuficiência cardíaca congestiva), as doenças cerebrovasculares (acidentes vasculares encefálicos isquêmicos e hemorrágicos) e o Diabetes Mellitus.

As doenças cardiovasculares representaram a primeira causa de óbito, excluindo-se causas mal definidas e as outras causas. As mais frequentes encontradas neste estudo foram as Doenças Cardíacas Hipertensivas (5,84%), o Infarto Agudo do Miocárdio (12,73%) e a Insuficiência Cardíaca Congestiva (6,85%).

As doenças cerebrovasculares foram a segunda causa de morte entre as mulheres no Maranhão em 2005, correspondendo a 24,73%, excluindo-se as causas mal definidas e as outras causas. Houve predomínio do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (20,26%).

Tabela 1. Óbitos femininos no estado do Maranhão no ano de 2005 segundo idade. São Luís – MA, 2007

Idade (anos)	São Luís f	%	Interior f	%	Total f	%
10 – 19	30	1,75	219	3,27	249	3,00
20 – 29	73	4,26	372	5,55	445	5,29
30 – 39	92	5,36	363	5,42	455	5,39
40 – 49	154	8,98	652	9,73	806	9,58
50 – 59	196	11,43	860	12,84	1056	12,55
60 – 69	282	16,44	1.212	18,09	1494	17,75
70 – 79	362	21,11	1.256	18,75	1618	19,22
80 – 89	353	20,58	1.223	18,25	1576	18,72
90 – 99	155	9,04	516	7,70	671	7,97
100 e mais	16	0,93	21	0,31	37	0,44
Ignorados	2	0,12	6	0,09	8	0,09
Total	1.715	100,0	6.700	100,0	8.415	100,0

FONTE: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), 2005

Tabela 2. Óbitos femininos no estado do Maranhão segundo causa básica. São Luís – MA, 2007

CAUSA BÁSICA	f	%
Septicemia	93	1,10
HIV	68	0,80
Neoplasia de mama	112	1,33
Neoplasia de colo de útero	143	1,70
Diabetes Mellitus	594	7,05
Hipertensão Arterial	328	3,90
Doenças Cardíacas Hipertensivas	220	2,61
Infarto Agudo do Miocárdio	479	5,70
Insuficiência Cardíaca Congestiva	258	3,06
Acidente Vascular Cerebral Isquêmico	762	9,05
Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico	168	2,00
Pneumonia	153	1,82
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	116	1,38
Insuficiência Respiratória Aguda	109	1,30
Parada Respiratória	158	1,89
Causa Mal Definida	3.007	35,73
Outras	1647	19,57
Total	8415	100,0

FONTE: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), 2005

Nesta pesquisa, o Diabetes Mellitus representou a terceira causa de óbito entre as mulheres (15,79%), excluindo-se as causas mal definidas.

Discussão

Os resultados apresentados relativos a faixa etária das mulheres que evoluíram a óbito ocorreu principalmente entre 70-89 anos. Em Campinas foi realizado um estudo sobre mortalidade de mulheres em

idade fértil que mostrou que a mortalidade proporcional, bem como seus coeficientes, foi maior à medida que a idade aumentava, sendo o coeficiente mais de 10 vezes superior no grupo etário de 10-49 anos (364,2) que no grupo de 10-14 anos (31,9)⁸.

Estudo semelhante realizado entre mulheres de 10-49 anos foi possível observar que no 1º semestre de 2002 o número de mortes aumentou progressivamente conforme aumento da faixa etária. Para o Brasil, verificou-se que os óbitos da faixa etária mais baixa

representaram 2,6% e da mais alta (45-49 anos), responderam a 27,4% das mortes³.

Em relação a cor das mulheres que evoluíram a óbito predominou a parda. Pesquisas realizadas correlacionando raça/cor a padrões característicos de morte demonstraram que a etnia em si não é um fator de risco, mas a inserção social adversa de um grupo racial / étnico é que se constitui em característica de vulnerabilidade^{9,10}.

No presente estudo o percentual de causas mal definidas foi acima do esperado, correspondendo 35,73%. As causas mal definidas associadas a outras causas básicas representaram um percentual de 55,3%. Estes valores podem estar relacionados à má qualidade e o preenchimento inadequado da DO por parte do médico, que muitas das vezes informa a causa terminal e não a causa básica que levou à morte e podem refletir a disponibilidade de assistência médica prestada a população¹¹. Quanto maior a proporção de óbito por causas mal definidas em uma distribuição, menor é a exatidão dessas estatísticas. É importante ressaltar que nos dados de mortalidade há normalmente as caracterizadas como mal definidas, porém, na maioria das vezes, esta proporção é inferior a 4% - 6%⁷. A má qualidade das DO's somam-se ainda à deficiência na elaboração dos registros hospitalares como possíveis fontes de informação adicionais para o esclarecimento sobre a causa do óbito. Constituem também obstáculo considerável para alocação racional dos recursos de saúde com base em panorama epidemiológico, visto que podem alterar significativamente as taxas de mortalidade por doenças especificadas⁶.

A principal causa de óbito foi as doenças cardiovasculares, excluindo-se as causas mal definidas. Entre as doenças do aparelho circulatório, a doença isquêmica do coração é classificada como a maior responsável por mortes no mundo. No Brasil, essas doenças destacam-se como importante causa de óbito em todas as regiões¹². Dados semelhantes foram encontrados neste estudo.

As cardiopatias vêm assumindo maior importância para mortalidade na população geral, substituindo as doenças cerebrovasculares e com tendência de inversão nas causas de morte, como vem ocorrendo no Brasil em regiões e capitais de melhor situação social e econômica (Sul e Sudeste)¹³.

Essa tendência de transição entre as causas referidas foi mais acelerada no Estado de São Paulo que o restante do país, sendo determinada, segundo o autor, pela urbanização e adoção de estilos de vida ocidentais¹³.

As doenças do aparelho circulatório representam a causa mais frequente de óbito em todo o mundo,

mesmo em regiões menos desenvolvidas. À medida que países do terceiro mundo evoluem em desenvolvimento, as doenças da fome e da pobreza vão sendo substituídas pelas doenças do aparelho circulatório, prevalecendo nas estatísticas de mortalidade, as doenças isquêmicas do coração ou as cerebrovasculares¹⁵.

No Nordeste, em 2001, esse grupo de doenças foi a principal causa de morte feminina. Neste estudo, as doenças cardiovasculares e isquêmicas foram responsáveis por mais da metade dos óbitos, seguida das doenças cerebrovasculares¹⁶.

Pesquisa realizada no Brasil no período de 1975 a 1995 sobre a temática mostrou que na Bahia as mortes relacionadas às doenças do aparelho circulatório (60%), foram devido às doenças cerebrovasculares, seguida das cardiopatias. Em Goiás, os óbitos por essas doenças concentraram-se nas causas cerebrovasculares e em outras formas de doenças do coração, correspondendo a mais de 65% dos óbitos⁴.

Pesquisadores ao estudarem as desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas em Recife no período de 2001 a 2003 identificaram que das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, a diabetes foi a principal causa de morte¹⁰.

No estudo desenvolvido na Bahia, os resultados mostraram que a proporção de mortes classificadas no capítulo das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas vem aumentando. O diabetes representou mais de 60% dos óbitos no período investigado (1979-1995), com maior expressão entre as faixas etárias mais avançadas. Ao analisarem os dados do Pará destacaram que neste grupo a prevalência dos óbitos por diabetes mellitus, foi em torno de 80% do total das causas do grupo, com um aumento, de 143 casos, no primeiro período (1979-1981), para 624 casos no terceiro período (1993-1995), o que correspondeu a um aumento de 330%. Porém, ao analisarem os dados de São Paulo foi possível observar que o Diabetes Mellitus embora dominante como causa principal, diminuiu sensivelmente de 1979 a 1995, passando de 80,1% para 71,86% e 59,10%⁴.

A partir dos resultados propõe-se um maior envolvimento dos profissionais de saúde na atenção primária em relação ao controle das doenças crônicas, devido à contribuição significativa destas para o surgimento das doenças do aparelho circulatório. Além disso, é necessário que sejam conhecidas as taxas de mortalidade e as suas causas de mortes no estado do Maranhão, para a criação de estratégias e novas intervenções para melhoria das condições de vida e de saúde desta população e que os médicos estejam mais envolvidos em treinamento com intuito de melhorar o preenchimento da Declaração de Óbito.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Mortalidade feminina: mulheres precisam ter mais cuidado com a saúde* [capturado 2007 jan 26] Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br>.
2. 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 (4):239-245.
3. Laurenti R, Mello-Jorge MH, Gotlieb SLD. (Org.). *Mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna*. [Brasília]: Ministério da Saúde; 2006.
4. Berquó ES, Cunha EMG. *Mortalidade feminina no Brasil (1979-1995)*. Campinas, São Paulo: Unicamp; 2000.

5. Haraki CAC, Laurenti R, Gotlieb SLD. Confiabilidade do Sistema de Informações sobre Mortalidade em município do sul do Estado de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*, 2005; 8 (1):19-24.
6. Albuquerque RM et.al. Causas e fatores associados à mortalidade de mulheres em idade reprodutiva em Recife, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 1998; 14 (supl. 1): 541-548.
7. Laurenti R, Mello-Jorge MH, Gotlieb SLD. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento I-Mortes por causas naturais. *Rev Bras Epidemiol*. 2002, 5(2): 197-211.
8. Faúndes A, Parpinelli MA, Cecatti JG. Mortalidade de mulheres em idade fértil em Campinas, São Paulo (1985-1994). *Cad Saúde Pública*, 2000; 16(3): 671-6
9. Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Rev Saúde Pública*, 2004; 38 (5): 630-636.
10. Santos SM, Guimarães MB, Araújo TVB. Desigualdades raciais na Mortalidade de mulheres adultas no Recife, 2001 a 2003. *Saúde Soc S Paulo*, 2007;16(2):87-102.
11. Santo AH. Causas mal definidas de morte e óbitos sem assistência. *Rev Assoc Med Bras*, 2008; 54(1): 23-8.
12. Lotufo PA. *Epidemiologia das doenças isquêmicas do coração no Brasil*. In: Lessa I. et al. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo: Hucitec; 1998; p. 115-122.
13. Lessa I, Mendonça GAS, Teixeira MT. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: dos fatores de risco ao impacto social. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1996, 120(5): 389-413.
14. Lotufo PA. *As doenças cardiovasculares no Brasil: estudo de caso da tendência da mortalidade no Estado de São Paulo 1970-1989*. [Dissertação] São Paulo(SP): 1993. Faculdade de Saúde Pública da USP; 1993. 138p.
15. Lessa I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004, 9 (4): 931-943.
16. DATASUS. *O Sistema de Informações de Mortalidade*. Brasília, 2007[capturado 2007 jan 30] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/sim/dados/cid9/docs/intro.pdf>.