

SILVIA HELENA CERQUEIRA CÉSAR ROJAS

**PARTICIPAÇÃO DA MULHER NA VIDA ECONÔMICA E
SOCIAL DO MUNICÍPIO DE MARÍLIA/SP E SUA SITUAÇÃO
DE SAÚDE**

2001

SILVIA HELENA CERQUEIRA CÉSAR ROJAS

**PARTICIPAÇÃO DA MULHER NA VIDA ECONÔMICA E
SOCIAL DO MUNICÍPIO DE MARÍLIA/SP E SUA SITUAÇÃO
DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus Botucatu, para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Luiz Roberto de Oliveira

2001

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ELZA NUMATA

Rojas, Silvia Helena Cerqueira César

Participação da mulher na vida econômica e social do município de Marília/SP e sua situação de saúde / Silvia Helena Cerqueira César Rojas. – 2001.

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2001.

Orientador: Luiz Roberto de Oliveira

1. Saúde pública – Pesquisa – Marília (SP)

CDD 614.42098161

Palavras-chave: Mulher; Condições de vida; Saúde; Mortalidade

“Eu não acredito que existam qualidades, valores, modos de vida especificamente femininos: seria admitir a existência de uma natureza feminina, quer dizer, aderir a um mito inventado pelos homens para prender as mulheres na sua condição de oprimidas. Não se trata para as mulheres de se afirmar como mulheres, mas de tornaram-se seres humanos na sua integralidade.”

Simone de Beauvoir, 1972

Ao Professor Dr. Luiz Roberto de Oliveira, mestre, amigo, e orientador, que um dia confiou em meus sonhos, e junto comigo se empenhou em transformá-los em realidade.

Meu muito obrigada!

Dedico este trabalho

Aos meus pais, Renato e Maria, que nunca mediram esforços para minha formação como mulher e médica;

Ao meu esposo, Gustavo Aníbal, por seu carinho, paciência, compreensão e estímulo constantes;

Aos meus filhos, Gustavo e Guillermo, por tudo que representam em minha vida;

À minha avó, Bárbara Maria, já ausente, exemplo de mulher, por sua luta pela vida, amor e dedicação;

À minha tia, Maria do Carmo, já ausente, por ter me iniciado na magia da leitura;

Aos meus irmãos, José Luiz e Renato, que sempre torceram por mim.

Agradecimentos

Ao amigo e Professor Dr. Raimundo Manno Vieira, pelo incentivo em iniciar esta caminhada.

À minha amiga Maria Lúcia Garcia Leal Ribeiro, que me ajudou desde o primeiro momento, para melhor diagramar e apresentar este trabalho.

A todos aqueles que, com atenção e carinho, me receberam na pós-graduação, em especial às Professoras Dras. Massako Tyda e Margarete Aparecida Santini de Oliveira.

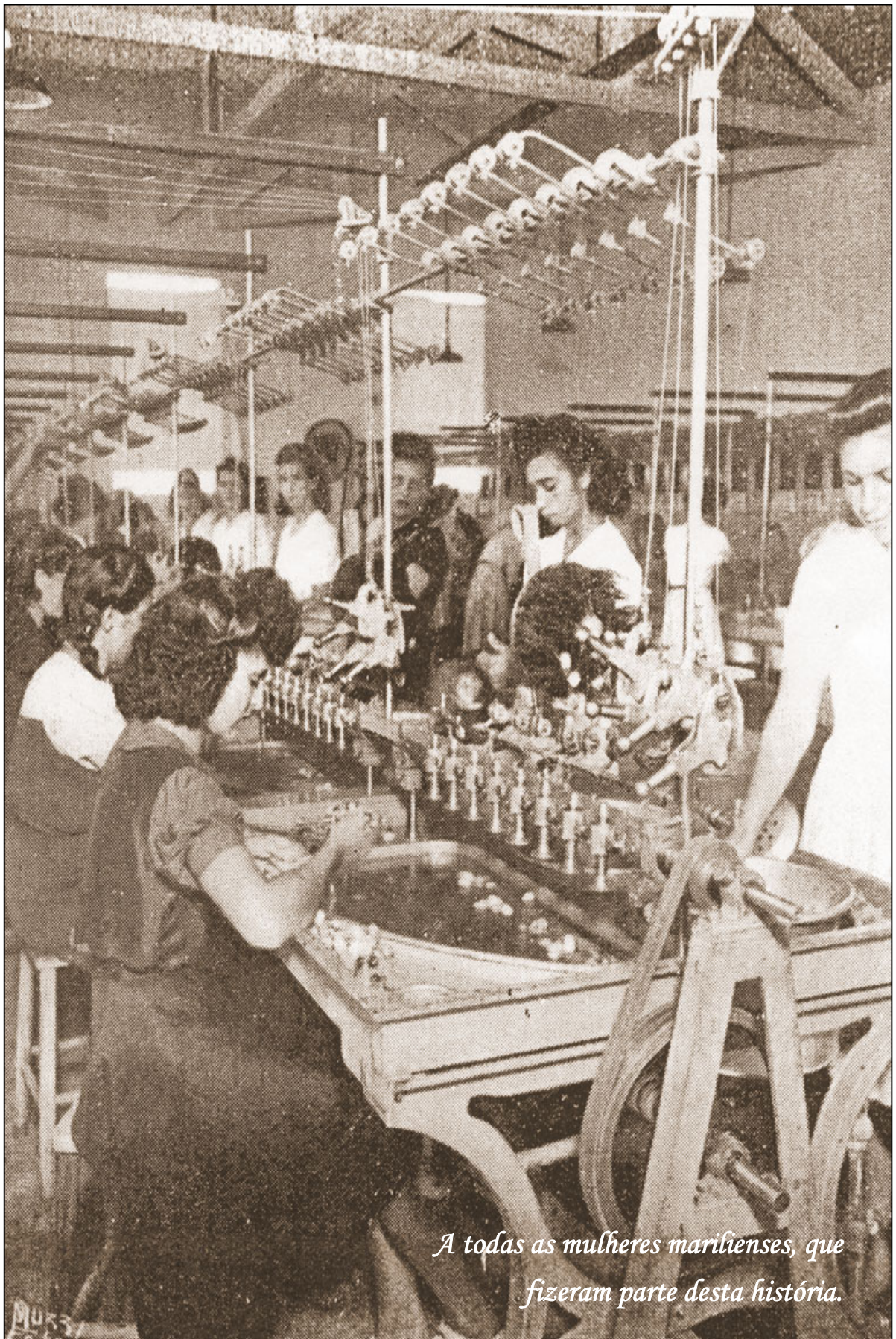
Aos meus colegas de trabalho, com os quais convivo diuturnamente, pelo apoio e demonstração de amizade.

Às Bibliotecárias Rosemary Cristina da Silva e Elza Numata, pela revisão bibliográfica e Ficha Catalográfica.

Aos funcionários da Agência do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de Marília, pelo auxílio na coleta de dados.

A todos as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

Meu muito obrigada!



*A todas as mulheres marilienses, que
fizeram parte desta história.*

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	1
1.1.	Mulher, Sociedade e Saúde.....	2
1.2.	Pressuposto Teórico	14
1.3.	Objetivos	15
1.3.1.	Objetivo geral	15
1.3.2.	Objetivos específicos	15
2.	METODOLOGIA	16
2.1.	Área de Estudo, Períodos e Estratos	17
2.2.	Fonte de Dados	20
2.3.	Medidas de Mortalidade	21
2.4.	Análise dos Dados	24
3.	RESULTADOS	25
3.1.	Caracterização do Município	26
3.1.1.	Localização	26
3.1.2.	Ciclos econômicos	28
3.1.3.	Desenvolvimento social e saúde.....	33
	• Descrição da evolução dos Serviços de Saúde	33
	• indicadores sociais.....	39
	• o nível de saúde segundo alguns indicadores:.....	41
3.1.4.	População.....	45
	• Natalidade e mortalidade	45
	• Fecundidade.....	50
	• Estrutura por sexo e idade	55

3.2.	Participação da Mulher na Vida Econômica e Social.....	60
3.2.1.	Ocupação	60
3.2.2.	Escolaridade.....	71
3.2.3.	Rendimentos e responsabilidade familiar.....	75
3.3.	Perfil da Mortalidade Feminina	81
3.3.1.	Mortalidade feminina por idade	81
3.3.2.	Mortalidade feminina por causas.....	85
3.3.3.	Mortalidade feminina por escolaridade	89
3.3.4.	Mortalidade feminina por idade e principais causas	91
3.3.5.	Mortalidade feminina por idade e algumas causas específicas.....	94
3.3.6.	Mortalidade feminina por escolaridade e causas.....	101
4.	DISCUSSÃO.....	105
5.	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	117
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125
	RESUMO	137
	SUMMARY	139
	ANEXOS	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição de freqüências dos óbitos por faixa etária e períodos, município de Marília/SP, 1970 – 1991.....	41
Tabela 2	Indicador de Swaroop e Uemura, município de Marília/SP, 1970 a 1991.....	42
Tabela 3	Evolução da taxa de natalidade, município de Marília/SP, 1970 – 1990.....	45
Tabela 4	Coeficiente de mortalidade anual geral, não padronizado e padronizado por idade segundo os períodos estudados, município de Marília/SP.....	46
Tabela 5	Evolução do coeficiente de mortalidade anual (óbitos por mil habitantes) dos sexos e índice de sobremortalidade masculina (ISM), município de Marília/SP, 1970 a 1991...	47
Tabela 6	Distribuição da população e taxas de crescimentos anuais, município de Marília/SP, 1940, 1950, 1960, 1970, 1980, 1991 e 1996.....	51
Tabela 7	Evolução da fecundidade, município de Marília/SP, 1970, 1980 e 1991.....	52
Tabela 8	Distribuição da população, segundo sexo e faixa etária, município de Marília/SP, 1970.....	55

Tabela 9	Distribuição da população, segundo sexo e faixa etária, município de Marília/SP, 1980.....	55
Tabela 10	Distribuição da população, segundo sexo e faixa etária, município de Marília/SP, 1991.....	56
Tabela 11	Distribuição percentual da população, segundo sexo e faixa etária, município de Marília, 1970, 1980 e 1991.....	57
Tabela 12	Evolução da participação da população feminina em atividade econômica, município de Marília/SP, 1970, 1980 e 1991.....	61
Tabela 13	Evolução da taxa de atividade feminina, município de Marília/SP, 1970, 1980 e 1991.....	62
Tabela 14	Distribuição percentual da força de trabalho segundo sexo, setor de atividades, município de Marília/SP, 1970, 1980 e 1991.....	65
Tabela 15	Distribuição da população ocupada segundo sexo, setor e ramo de atividades, município de Marília/SP, 1970.....	66
Tabela 16	Distribuição da população ocupada, segundo sexo, setor e ramo de atividades, município de Marília/SP, 1980.....	67
Tabela 17	Distribuição da população ocupada, segundo sexo, setor e ramo de atividades, município de Marília/SP, 1991.....	68
Tabela 18	Distribuição das taxas de atividade e de escolaridade segundo anos de estudo da população feminina, município de Marília/SP, 1970, 1980 e 1991.....	71

Tabela 19	Distribuição percentual da escolaridade das mulheres, segundo anos de estudo, município de Marília/SP, 1970, 1980 e 1991.....	73
Tabela 20	Distribuição da população de 10 anos e mais, segundo sexo e rendimento médio mensal, município de Marília/SP, 1980.....	76
Tabela 21	Distribuição da população de 10 anos e mais, segundo sexo e rendimento médio mensal, município de Marília/SP, 1991.....	77
Tabela 22	Distribuição da população de 10 anos e mais, e crescimento populacional no período, segundo os estratos de rendimentos e sexo, município de Marília/SP, 1980 e 1991.....	78
Tabela 23	Distribuição das famílias, segundo chefia e sexo, município de Marília/SP, 1970, 1980 e 1991.....	79
Tabela 24	Distribuição de freqüências dos óbitos femininos, segundo faixa etária e períodos, município de Marília/SP.....	81
Tabela 25	Distribuição de freqüências dos óbitos femininos de 10 anos e mais, segundo faixa etária e períodos, município de Marília/SP.....	81
Tabela 26	Coeficiente de mortalidade anual (óbitos por 1000) das mulheres com 10 anos e mais de idade, município de Marília/SP, 1980 – 1991.....	82
Tabela 27	Coeficiente de mortalidade anual (óbitos por 1000) das mulheres com 10 anos e mais, segundo faixa etária e períodos, município de Marília/SP.....	83

Tabela 28	Distribuição de freqüências dos óbitos das mulheres com 10 anos e mais de idade, segundo grupos de causas e períodos, município de Marília/SP.....	84
Tabela 29	Coeficiente de mortalidade anual (óbitos por 100.000) das mulheres com idade igual ou superior a 10 anos, por grupos de causas e períodos, município de Marília/SP.....	86
Tabela 30	Distribuição dos óbitos das mulheres com 10 anos e mais de idade, segundo escolaridade e períodos, município de Marília/SP.....	88
Tabela 31	Coeficiente de mortalidade anual (óbitos por 1.000) das mulheres com 10 anos e mais de idade, segundo escolaridade e períodos, município de Marília/SP.....	89
Tabela 32	Coeficiente de mortalidade anual (óbitos por 100.000) das mulheres com 10 anos e mais de idade, em ordem decrescente, segundo os seis principais grupos de causas, faixas etárias, município de Marília/SP, 1980.....	91
Tabela 33	Coeficiente de mortalidade anual (óbitos por 100.000) das mulheres com 10 anos e mais de idade, em ordem decrescente, segundo os seis principais grupos de causas, faixas etárias, município de Marília/SP, 1991.....	92
Tabela 34	Coeficiente de mortalidade anual (óbitos por 100.000) das mulheres com 10 anos e mais de idade, por <i>doenças do aparelho circulatório</i> , segundo faixa etária e períodos, município de Marília/SP.....	94

Tabela 35	Coeficiente de mortalidade anual (óbitos por 100.000) das mulheres com 10 anos e mais de idade, por <i>neoplasmas</i> , segundo faixa etária e períodos, município de Marília/SP.....	96
Tabela 36	Coeficiente de mortalidade anual (óbitos por 100.000) das mulheres com 10 anos e mais de idade, por <i>acidentes, suicídios e homicídios</i> , segundo faixa etária e períodos, município de Marília/SP.....	98
Tabela 37	Coeficiente de mortalidade anual (óbitos por 100.000) das mulheres com 10 anos e mais de idade, por <i>diabetes mellitus, pneumonia e doença crônica do fígado e cirrose</i> , segundo faixa etária e períodos, município de Marília/SP.....	100
Tabela 38	Coeficientes de mortalidade anual (óbitos por 100.000) das mulheres com 10 anos e mais de idade, segundo grupos de causas e escolaridade, município de Marília/SP, 1980.....	102
Tabela 39	Coeficientes de mortalidade anual (óbitos por 100.000) das mulheres com 10 anos e mais de idade, segundo grupos de causas e escolaridade, município de Marília/SP, 1991.....	103

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) e seus componentes (C.M.N.N.) e Tardio (CMIT) do município de Marília/SP, 1970 a 1991.....	40
Gráfico 2	Curva de Mortalidade Proporcional.....	43
Gráfico 3	Distribuição percentual do total de óbitos, segundo sexo e períodos estudados, município de Marília/SP.....	48
Gráfico 4	Participação da população feminina em relação à população total, município de Marília/SP, 1970, 1980 e 1991.....	60
Gráfico 5	Brasileiras ocupam mais de 60% das vagas de trabalho.....	70
Gráfico 6	Participação proporcional (%) dos sexos em diferentes faixas de rendimentos, município de Marília/SP, 1980 e 1991.....	75
Gráfico 7	Coeficiente de mortalidade anual (óbitos por 1000) das mulheres com 10 anos e mais de idade, segundo faixa etária e períodos, município de Marília/SP.....	83
Gráfico 8	Mortalidade proporcional das mulheres	

com 10 anos e mais, segundo os seis principais grupos de causas e períodos, município de Marília/SP.....	85
--	----

The background of the entire page is a marbled paper pattern. It features a dense, repeating design of small, stylized floral or foliate motifs in a light beige or cream color, set against a slightly darker, textured taupe or light brown background. The pattern is uniform and covers the entire surface.

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1. Mulher, Sociedade e Saúde

No Brasil, no início do século XX, as lutas feministas foram pelo poder; para as mulheres significaram a conquista de cidadania pelo direito de voto, pela participação política, pelo ingresso no mercado de trabalho e também por maior educação e instrução.

O grau de participação da mulher no sistema produtivo tem variado segundo as etapas de formação econômico social do País. Na fase anterior ao processo de industrialização, a presença feminina na produção econômica se fazia na família, quer nos trabalhos agrícolas, quer nas pequenas empresas manufatureiras ou comerciais. Historicamente, o trabalho feminino na agricultura estava vinculado à economia campesina e à subsistência em geral...

... “Numa etapa mais avançada do desenvolvimento econômico, com o aparecimento do capitalismo vai haver desorganização da economia camponesa e destruição do pequeno comércio e da fabricação caseira. A partir daí, os obstáculos à reintegração feminina no mundo do trabalho e as oportunidades sociais que lhe são oferecidas passaram a ser controladas pelas necessidades do sistema competitivo. A mulher passa, então, a fazer parte de uma reserva de força de trabalho que poderá ser utilizada sempre que apareçam necessidades de baixar os custos da produção, elevar o ritmo de crescimento econômico ou substituir o homem naquelas funções deixadas em aberto quando ocorrem transformações técnico-econômicas no sistema produtivo que acarretam mobilidade ocupacional e social”...
(LEWIN, 1980:46)

No Brasil, nos anos 70, a expansão do mercado, a crescente urbanização e o acelerado ritmo da industrialização configuraram um momento de grande desenvolvimento econômico, favorável à participação mais ativa da mulher na força de trabalho. A sociedade brasileira, nesse momento de sua história, passa por transformações de ordem econômica, social e demográfica que repercutem consideravelmente no nível e composição interna da força de trabalho. As taxas de crescimento econômico e os níveis de emprego aumentam. Intensifica-se o grau de formalização das relações de trabalho ao mesmo tempo em que prossegue, em ritmo cada vez mais intenso, o processo iniciado em décadas anteriores de transferência da população ativa do setor primário para o secundário e terciário (BRUSCHINI, 1994).

Por sua vez, profundas transformações nos padrões de comportamento e nos valores relativos ao papel social da mulher; sua adesão ao uso de métodos anticoncepcionais, a expansão da escolaridade e seu acesso às universidades, sua incorporação ao mercado de trabalho, intensificadas pelo impacto dos movimentos feministas, liberaram a mulher para o trabalho produtivo. Somente a consolidação de tantas mudanças nos padrões de comportamentos poderia explicar a persistência da atividade feminina nos anos 80 e 90 que, ao contrário da década anterior tiveram como marca registrada a crise econômica, a inflação e o desemprego. Nesse contexto, as mulheres concentram-se predominantemente no setor terciário da economia e, dentro dele, no ramo de serviços, onde se encontram alguns dos empregos de mais baixo prestígio e remuneração, como o emprego doméstico (BRUSCHINI, 1994).

O magistério é uma das principais fontes de emprego feminino no setor de serviços, e as mulheres chegam a perfazer 90,0% do corpo docente do curso primário no Brasil, apesar de salário e prestígio social decapitados (ROSEMBERG, 1994).

À medida que se elevam os níveis de ensino, o número de mulheres no magistério diminui: “*Chega a surpreender a regularidade... que, quanto mais alto o posto na hierarquia, menor a proporção de mulheres que o ocupam*” (BARROSO, 1975).

O Censo Demográfico de 1970, segundo LEWIN (1980), revelou que 72,8% da população feminina, economicamente ativa, se concentrava, predominantemente, em ocupações relativas às atividades manuais, correspondendo a 56,0%, nas quais participavam os estratos sociais mais baixos e 16,6% referiam-se a atividades não manuais; nestas encontravam-se as mulheres das chamadas “*classes médias*”.

Em 1980, os dados referentes à ocupação feminina nacional revelou que o contingente maior é de empregadas domésticas (20,0%), seguido do de secretárias (12,0%) e trabalhadoras do campo (12,0%), professoras (8,0%) e pouco mais de 6,0% de vendedoras. Na indústria, a trabalhadora ingressou em ramos dos quais até então estava ausente, como o elétrico e o eletrônico, embora sua participação mais intensa, ainda seja na indústria de vestuário (BRUSCHINI, 1994).

No setor formal do mercado de trabalho, a mulher intensificou sua presença ao longo dos anos, ocupando 29,7% dos empregos em 1980. Na década de 90, a participação feminina na força de trabalho global atingiu valores próximos a 40,0%. As mulheres continuam tendo presença marcante na prestação de serviços, no comércio e na indústria. Mas a presença feminina, entre 1981 e 1990, cresceu no comércio, na administração pública e no setor social, onde estão as atividades relativas ao ensino e à saúde (BRUSCHINI, 1994).

Apesar da conquista de novos espaços, no entanto, a mulher, ainda é discriminada. Encontra maior dificuldade para ocupar cargos de chefia e ganha menos do que seus colegas em todas as ocupações, enquanto nos Estados Unidos

e na Colômbia o cargo de chefia corresponde, respectivamente, a 42,7% e 31,0%. No Brasil, a participação feminina em cargos de chefia em empresas corresponde a 17,3%. No setor público brasileiro, as mulheres compreendem 52,0% dos funcionários, mas são apenas 14,0% entre os que ganham comissionamento (cargos mais altos) (BLANCO, 1998).

A presença feminina nas diversas instâncias de decisão política é muito pequena. O número de mulheres eleitas permaneceu extremamente baixo até o final da década de 70. Nos anos 80, com o processo de redemocratização do País, houve um salto na representação feminina: de duas deputadas federais eleitas em 1978, para 29 em 1998. As mulheres compõem 50,7% da população brasileira e representam somente 11,2% das Câmaras Municipais, 10,0% das Assembléias Legislativas, 5,7% da Câmara Federal e 7,4% do Senado (ALVES, 1999). Esses dados mostram, de forma contundente, a natureza excludente do sistema político brasileiro, cuja representação é monopolizada pelos atores do sexo masculino.

A renda continua sendo a grande diferença na qualidade de vida entre homens e mulheres. Por causa da discriminação feminina no mercado de trabalho, os homens brasileiros têm um PIB (Produto Interno Bruto) per capita 2,4 vezes maior em média: US\$ 9.025,00 contra US\$ 3.813,00. A desvantagem salarial para as brasileiras é, proporcionalmente, maior do que a média mundial (BRASIL, 1999).

A maior participação da mulher brasileira no mercado de trabalho nestas duas últimas décadas fez com que sua escolarização evoluísse. Entretanto, a sua trajetória no sistema de ensino não é idêntica à dos homens, resultando, historicamente, numa participação desigual pelos diferentes graus e modalidades de cursos.

Nos anos 60, cada homem estudava uma média de 2,4 anos, contra 1,9 das mulheres (BLANCO, 1998). Os dados do Censo de 1970 demonstraram que o contingente feminino portador de curso primário completo dividia-se, equilibradamente, entre os dois sexos. Quanto à conclusão no curso ginásial, a proporção de mulheres era inferior, havendo, a seguir, inversão, com mais mulheres que homens com o colegial (ensino médio) completo, e, finalmente, acentuadíssima predominância de homens portando diplomação completa de nível superior, correspondendo a 75,0% do total da população com grau universitário (LEWIN, 1980).

A partir dos anos 80, a média de anos de estudos de homens e mulheres começou a mudar e, no começo dos anos 90, atingiu o equilíbrio. Na Universidade, no ensino médio e nas últimas séries do ensino fundamental, as mulheres estão em maior número do que os homens (ROSEMBERG, 1994).

O acesso das mulheres à educação, nas últimas décadas, reflete-se nos índices de alfabetização masculino e feminino, que apresentam uma nítida tendência à equalização e evidências de que as mulheres alfabetizadas tenderão a sobrepujar os homens. Observa-se que, os índices de alfabetização masculino são superiores aos femininos nos grupos etários mais idosos, indicando que o processo de escolarização das mulheres tem-se intensificado em período, relativamente, recente (ROSEMBERG, 1994).

Quanto mais elevado o grau de escolaridade feminina, maior é a sua participação no mercado de trabalho, qualquer que seja o seu estado civil, mas o aumento da escolaridade das mulheres não tem sido suficiente para alterar, significativamente, a estrutura de empregos. Além disso, o nível salarial das mulheres não corresponde à sua formação educacional (ROSEMBERG & AMADO, 1992). Pelo contrário, apesar do aumento do nível de escolaridade das mulheres e de sua crescente participação em ocupações técnicas ou consideradas não ma-

nuais, as mulheres, atualmente, estão submetidas a condições de trabalho precárias e inseguras, marcadas por baixos salários, pela realização de várias tarefas simultâneas e flexíveis, pela perda de direitos legais, por jornadas prolongadas, contratos por tempo determinado, trabalhos em domicílio, utilizando-se mais uma vez da qualificação informal adquirida pelas mulheres no trabalho doméstico, sem nenhuma forma real de valorização desse trabalho (NEVES, 1999). Segundo esta autora, a reestruturação produtiva com a globalização da economia, acarreta conseqüências perversas para o conjunto dos trabalhadores, que incide, de forma especial e mais aguda, sobre as mulheres trabalhadoras, pois no caso destas, as novas formas de exclusão se sobrepõem aos antigos mecanismos de exclusão de gênero, potencializando-os.

Ao mesmo tempo que é tida como indispensável, exercendo os papéis supervalorizados de procriadora, mãe, educadora e mantenedora do lar, funções necessárias à reprodução da sociedade e que não se exprimem em dinheiro, o que “*não tem valor*” segundo os critérios da sociedade capitalista, esses papéis, exercidos pelas mulheres, são considerados inferiores e secundários. Também importa considerarmos que, mesmo as mulheres inseridas nas atividades remuneradas da esfera econômica, na política e na cultura, não se desvencilham das marcas sociais que lhe são imputadas pela cultura masculina dominante. As mulheres continuam, em princípio, como responsáveis pela cozinha, pelos filhos e pelo “*amor*”, descobrindo, assim, os horrores da “*triple jornada*”: trabajo, práctica doméstica y procreación (BREILH, 1991).

As mulheres, fechadas nesse esquema por padrões culturais, tentam imitar o melhor possível o modelo imposto, reforçando o perfil estereotipado da mulher mais feminina na sociedade patriarcal: elegante, delicada, frágil, sensível, cheirosa, dependente, pouco competitiva, desinteressada de política, pouco ousada, chora com facilidade, emociona-se facilmente, mãe carinhosa, recatada e

indecisa ou, tentam distanciar-se dele. No distanciamento do modelo imposto, serão acusadas de egoístas, maldosas e até desequilibradas, situações, difíceis de viver. Portanto, as mulheres deixam-se submeter, silenciosamente, algumas tranquilas, outras frustradas e infelizes.

Nas zonas mais pobres, as mulheres sofrem os efeitos decorrentes de uma alta porcentagem de analfabetismo, de esgotamento e de má nutrição. Nas comunidades urbanas prósperas, muitas mães solteiras se mantêm com empregos de baixa remuneração, no entanto se esforçam, para atender à família e ao emprego simultaneamente. Além disso, as mulheres constituem um grupo vulnerável a certos problemas específicos, em virtude de sua própria natureza: os inerentes ao processo reprodutivo e sua decorrência nutricional, os vinculados às enfermidades sexualmente transmissíveis e os relacionados à insuficiente resposta social às suas necessidades, em especial do setor saúde e à sua capacidade de articular-se com outros setores de benefício social.

As ações do Estado pertinentes à saúde da mulher priorizam as atividades dirigidas ao “*binômio mãe-filho*”. Raras vezes, as atividades são voltadas para a mulher trabalhadora, jovem ou idosa, pelo contrário, as ações a descontextualizam e a tratam como consumidora de assistência imediata, sem a preocupação com sua integralidade.

As ações de saúde, de modo geral, apresentam estratégias predominantemente assistenciais, dando ênfase a instituições e programas de atenção médica. Esses estão embasados nas teses etilogistas, que não levam em conta as condições de vida e trabalho e os processos sociais em geral, como explicativos da situação de saúde. Por outro lado, com o desenvolvimento da clínica, tornou-se dominante, nas ciências médicas, uma concepção orgânica do corpo humano e da prática médica restauradora, a qual, por sua vez, terminou por dominar completamente as disciplinas e as intervenções sobre a saúde (CASTELLANOS,

1997).

O modelo ecológico, modelo explicativo hegemônico de causação, com o predomínio de uma concepção mecanicista das relações causa/efeito e da clínica como disciplina dominante no campo das intervenções em saúde, ao considerar os problemas de saúde como a relação agente-hospedeiro-meio, torna-se, constituindo-se num modelo de explicação restritivo, concentrando a atenção no estudo das relações entre uma ou várias causas e um ou vários efeitos em saúde e, portanto, só reforçam modelos de respostas unilaterais, impregnadas pela visão clínica. Essa forma de entender a causa das doenças estimula o desenvolvimento de uma atenção médica curativa e de alta incorporação tecnológica (CASTELLANOS, 1997).

É sob esse aspecto que a mulher é vista. As limitações deste modelo se evidenciam ao se considerar que a mulher além de reprodutora, trabalha em casa e fora do âmbito doméstico. Diante dessa tríplice carga (BREILH, 1991), os problemas de saúde são mais complexos, e o sistema de saúde fez com que a mulher brasileira se tornasse ávida consumidora de “saúde instantânea”. Para tanto, surgem soluções médicas ditas modernas. Crises de ansiedade? Calmanantes. Cólicas menstruais? Hormônio sintético. Dores e demora do parto? Anestesia e Cesariana.

Os serviços de saúde ainda não se encontram organizados para prestar atendimento integral aos múltiplos problemas de saúde da mulher, resultantes de condições específicas de sua inserção na sociedade brasileira. As ações de saúde demonstram um vácuo a ser preenchido com ações voltadas à educação para a saúde e oportunidades de reflexão e participação efetivas no que concerne a sua condição de mulher e ser social.

A questão da privação financeira também é uma constante, visto que muitas mulheres exercem atividades remuneradas características de subem-

prego, ou seja, sem o respaldo das leis trabalhistas, o que afeta seu acesso aos serviços de saúde. Essas mulheres não se encontram em condições de perder um único dia de trabalho, pois isso lhe resulta em menores proventos com todas as suas conseqüências.

É importante lembrar que a mulher, ao entrar no mercado de trabalho, passou a viver um nível de estresse maior e de diferente natureza. Deixou de ser dependente, passou a fumar e a ter novos hábitos. A mulher se expôs mais.

Sua jornada de trabalho, o acúmulo de tarefas domésticas e os cuidados que a maternidade requer as tornam fortes candidatas à estafa. A sobreposição de tarefas e a autocobrança de sucesso em sua realização não são nada saudáveis, fazendo com que um grande número delas entre em depressão ou pânico, ou que o organismo fique sujeito a várias infecções e outras doenças.

Sabe-se, por exemplo, que a mortalidade por insuficiência coronariana na mulher é muito maior que no homem. A resposta, ao tratamento clínico e cirúrgico é pior, o índice de mortalidade, na fase aguda do infarto, é maior, a sobrevivência menor. No momento em que a mulher apresenta insuficiência coronariana, ela tem um prognóstico, qualitativa e quantitativamente, mais reservado que o do homem (PORTILHO et al., 1999).

A atenção prestada à mulher pelos serviços de saúde do tipo tradicional se restringe aos períodos de gestação, parto e puerpério, ao passo que, um de seus principais objetivos é garantir a saúde da futura mãe e a de seu filho. Ao limitar sua atenção às mulheres gestantes, torna-se evidente que tais ações de saúde excluem, por exemplo, mulheres em fase de climatério e menopausa, adolescentes e aquelas que, mesmo encontrando-se em idade reprodutiva, estejam fora desses três períodos. No Brasil, somente a partir de 1983, começa-se a pensar em ações de saúde voltadas à mulher “*indivíduo*”, através do Programa de

Assistência Integral à Saúde da Mulher do Ministério da Saúde (PAISM¹).

O PAISM propõe, além da atenção à gestação, parto e puerpério, um modelo de atenção integral – tanto educativo quanto clínico preventivo – para mulheres, desde a adolescência até a terceira idade. Esse programa também propõe uma ação de controle das doenças de transmissão sexual, de câncer da mama e cérvico-uterino, sem deixar de lado as ações de planejamento familiar e as destinadas ao tratamento da esterilidade conjugal (FORMIGA, 1999).

No entanto, o PAISM, até os dias atuais, não foi efetivamente implementado em todo o território nacional, o que mostra importante distanciamento entre o conceito e a prática.

Atualmente, a redução da mortalidade materna constitui-se em uma prioridade do governo e se consubstancia na implantação dos seguintes projetos (BRASIL, 1998):

- *Plano Nacional de Redução da Mortalidade Materna*, foi implantado em 1995 e tem como objetivo não só a ampliação do conhecimento da magnitude e das condições determinantes da mortalidade materna no Brasil, como também a definição de estratégias e controle, considerando as necessidades e condições de cada região, estado ou município.
- *Projeto Maternidade Segura* foi lançado também em 1995, na realidade, uma estratégia de acreditação de maternidades, que visa à ampliação da cobertura e à melhoria da qualidade da atenção ginecológica e obstétrica, para atingir a eficácia na assistência prestada e a redução da morbimortalidade materna e perinatal.

¹ 1983 é o ano de nascimento do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), um programa de atenção específica e integral à saúde da mulher. Em 1986 foi regulamentado através da Resolução nº 123/86 elaborada pelo Inst. Nac. de Assistência e Previdência Social (INAMPS) (FORMIGA, 1999).

- *Reorganização da Política de Planejamento Familiar no Brasil*, com o objetivo de incrementar o uso dos métodos reversíveis que possibilitem maior controle pela população feminina.

Dessa forma, volta-se, novamente, a priorizar o binômio mãe-filho, os problemas de saúde da mulher são centrados, unicamente, na prevenção dos riscos da gravidez, reforçando a dimensão reprodutivo-biológica e negando as questões vinculadas às condições de trabalho e de vida, na determinação das condições concretas de saúde e doença da mulher.

Os problemas de saúde da mulher, relacionados às condições de trabalho, não são vistos com a devida clareza. Vão desde problemas de postura, visão e cistite, a abortos por causa da exposição a produtos químicos e ruídos em demasia, lesões por esforços repetitivos (L.E.R.), varizes, intoxicação por agrotóxicos e outros. Estresse, depressão e descontrole emocional são freqüentes (LIMA et al., 1999).

Sabe-se que o período da adolescência, fase de profundas mudanças corporais, psicológicas e de busca de identidade, caracteriza-se por ambivalências que marcam todo o desenvolvimento do indivíduo. No caso específico da mulher, sobrepõem-se a esse período crítico da vida, outros fenômenos iniciados pela menarca que, muitas vezes, é surpreendida pela gravidez indesejada. A gravidez indesejada torna-se um alto risco para o aborto. São várias as razões para o aumento da incidência da gravidez nessa fase de vida: mudança na conduta sexual das adolescentes, aspectos familiares, psicológicos e sócio-econômico-culturais. As causas da gravidez podem também ser distintas, podendo estar relacionadas à prostituição infantil e à violência sexual.

Vários outros problemas são preocupantes quando se fala da saúde da mulher:

- Uso incorreto e o desconhecimento dos métodos contraceptivos reversíveis;
- Alta taxa de laqueaduras tubárias;
- Alta prevalência do câncer ginecológico, contrastando com os extremamente baixos índices de cobertura de exames preventivos;
- Alta taxa de mortalidade materna, no mínimo oito vezes mais alta do que aquelas aceitas internacionalmente (BRASIL, 1998);
- Alta taxas do parto cesáreo;
- Não acompanhamento das mulheres no período puerperal;
- Violência doméstica e conjugal;
- “*Assassinatos em nome da honra*” cometidos contra as mulheres.

No entanto, os programas de Saúde da Mulher não devem extinguir-se com a idade fértil, pois, com o envelhecimento da população brasileira (KALLACHE, 1987), as mulheres, por apresentarem maior expectativa de vida, predominam. Com o envelhecimento, as mulheres vão enfrentar a menopausa, as doenças crônico-degenerativas e as neoplasias, principalmente. Vão enfrentar, também, a emancipação dos filhos, a ansiedade, algumas vezes causada pela dependência dos próprios pais, falta de interesse que a sociedade tem pela mulher ao redor dos cinquenta ou sessenta anos, o cansaço, a lassitude conjugal, a pouca compreensão daqueles ao seu redor, muito freqüentemente levam essas mulheres a necessitar de uma assistência em saúde, não apenas para receber uma prescrição de estrógeno ou qualquer outro medicamento, mas uma assistência psicoló-

gica, uma orientação ocupacional, um apoio, enfim, para enfrentar essa difícil fase de suas vidas.

1.2. Pressuposto Teórico

A saúde da mulher

... “es el resultado de la oposición de un conjunto de fuerzas contradictorias que experimenta en su vida: unas que la protegen y mejoran y otras que la deterioran y destruyen. Ninguna mujer, de ningún estrato social, escapa de esa contradicción entre las fuerzas de la vida y las de la muerte, lo que sucede es que en las distintas clases sociales la forma y la magnitud de esos procesos son distintas”... (BREILH, 1991:58)

Segundo essa visão, as mulheres estão expostas a um sistema de contradições em distintos aspectos de sua vida, que são os que determinam sua saúde e doenças. No desenvolvimento das práticas femininas, os fatores protetores e destrutivos do trabalho coexistem e operam de modo distinto de acordo com o momento histórico e a classe social a que se faça referência. Por esse motivo, nenhum trabalho feminino é, puramente, benéfico nem destrutivo, e sim, existe um desenvolvimento dialético entre sua face saudável e sua face destrutiva, que depende das relações sociais mais amplas de classe que condicionam a vida da mulher. O destrutivo e o benéfico do trabalho coexistem e interrelacionam-se, mas, geralmente, nas mulheres de classes subordinadas, o pólo destrutivo se acumula e domina as práticas ditas femininas, a “*dupla jornada*” e agrava os efeitos reprodutivos. O domínio dos fatores protetores nas práticas femininas observa-se nas mulheres com uma inserção social que permita acesso a bens de consumo adequado e estratégias familiares não destrutivas (BREILH, 1991).

Justifica-se, assim, este estudo que, embora fundamentalmente descritivo, vai permitir caracterizar a participação das mulheres com idade igual ou superior a 10 anos, na vida econômica e social do município de Marília/SP e sua situação de saúde.

1.3. Objetivos

O presente trabalho teve como objetivos:

1.3.1. *Objetivo geral*

- Estudar a participação da mulher na vida econômica e social do município de Marília/SP e sua situação de saúde.

1.3.2. *Objetivos específicos*

- Descrever o desenvolvimento econômico e social do município de Marília/SP.
- Descrever as características pessoais da mulher, segundo:
 - Fecundidade;
 - Idade.
- Descrever as características sócio-econômicas da mulher, segundo:
 - Ocupação;
 - Escolaridade;
 - Rendimentos e responsabilidade familiar.
- Descrever a evolução da mortalidade feminina, segundo:
 - Idade;
 - Causas dos óbitos;
 - Escolaridade.

2. METODOLOGIA

2. METODOLOGIA

A saúde sob a ótica das condições de vida constitui-se num fenômeno social que não pode ser compreendido, somente, a partir do estudo de fatos imediatos e quantificáveis; aspectos pertencentes à esfera da economia e política, por condicionarem a vida da população e seu estado de saúde devem ser considerados (BREILH, 1991). No entanto, a quantificação revela aspectos importantes da realidade os quais não podem ser desprezados por quem busca, na formulação e implantação de políticas sociais, a superação das iniquidades.

Pela natureza do objeto, este estudo pertence ao campo da epidemiologia aplicada ao diagnóstico de saúde de um contingente populacional delimitado pelo gênero e a atividade econômica, semelhantemente, ao esforço realizado por LAPREGA (1994). Dentre as informações disponíveis, procuramos identificar as mais adequadas para o desenvolvimento do estudo sobre situação de saúde da mulher segundo sua posição social.

2.1. Área de Estudo, Períodos e Estratos

A área do estudo foi o município de Marília/SP, caracterizado pelo desenvolvimento econômico e social no período de 1969 a 1992. Foram considerados três períodos: o *primeiro de, 1969 a 1971*, início do processo de modernização da agricultura e industrialização por meio da agroindústria; o *segundo período, 1979 a 1981*, início da economia industrial, pelo setor alimentício e metalúrgico; e o *terceiro período de, 1990 a 1992*, consolidação do processo de industrialização, desenvolvimento da construção civil e setor terciário.

Foram estudados os óbitos de mulheres residentes no município de Marília/SP, ocorridos no período de 1969 a 1992.

Por razões estatísticas (ou seja, para dar mais volume aos dados e melhorar sua análise), optou-se por estudar os óbitos de triênios, os quais foram representados nas tabelas e no texto pelos respectivos anos centrais, que são os censitários e dos quais se usam as populações, ou seja:

- “*Triênio 1969 a 1971*” – 1970
- “*Triênio 1979 a 1981*” – 1980
- “*Triênio 1990 a 1992*” – 1991

Para a caracterização do desenvolvimento econômico e social, da fecundidade e mortalidade gerais, da estrutura demográfica por sexo e idade e da participação feminina na vida econômica e social, foram utilizados os dados referentes aos triênios (70, 80 e 91).

Para o estudo da mortalidade feminina a partir dos 10 anos de idade, utilizaram-se os dados referentes aos dois últimos triênios (80 e 91), de forma a contemplar as especificidades econômicas e sociais do município.

Para o cumprimento dos objetivos propostos, consideramos, em nosso estudo, a população feminina com 10 anos e mais. A delimitação dos períodos da *adolescência*, *idade adulta* e *velhice* se fez mais de conformidade com as oportunidades de educação e de incorporação efetiva à força de trabalho, do que com o desenvolvimento biológico. Assim, para efeito da análise de dados, foram considerados os seguintes períodos etários:

- *Adolescência*: 10-19 anos;
- *Adulto jovem*: 20-39 anos;
- *Adulto*: 40-59 anos;
- *Idosos ou 3ª. idade*: 60 anos e mais.

A descrição das características sócio-econômicas das mulheres se fez mediante a:

- *Ocupação*: segundo setor e atividades no período 1970-1991. Os setores ocupacionais e respectivas atividades foram:
 - *Primário*: atividades agropecuária, silvicultura, extração vegetal, caça e pesca;
 - *Secundário*: atividades industriais;
 - *Terciário*: comércio de mercadorias, transporte, comunicação e armazenagem, prestação de serviços, atividades sociais, administração pública;
 - *Outras atividades*².
- *Escolaridade*: segundo anos de estudo das mulheres com 5 anos e mais, em 1970 e 1980 e de 10 anos e mais, em 1991. Os estratos utilizados foram:
 - Sem instrução;
 - 1º Grau (1 — 8 anos);
 - 2º Grau (8 — 12 anos);
 - Superior ($\geq$ 12 anos);
 - Ignorada.
- *Remuneração*: segundo rendimento médio mensal em 1980 e 1991, de acordo com os seguintes estratos:

² Outras atividades incluem as atividades ligadas a comércio de imóveis e valores mobiliários, instituições de crédito, seguros e capitalização e profissões liberais, incluem também as pessoas que procuravam trabalho pela primeira vez (BRASIL, 1973)

Outras atividades incluem as atividades ligadas a instituições de crédito, seguros e capitalização, comércio e administração de imóveis e valores mobiliários, organizações internacionais e representações estrangeiras, atividades não compreendidas nos demais ramos e atividades mal definidas e não declaradas (BRASIL, 1982c).

- Sem rendimento;
- Até 1 S.M.;
- > 1 = 5 S.M.;
- > 5 = 10 S.M.;
- > 10 = 20 S.M.;
- > 20 S.M.;
- *número absoluto e percentual das famílias* que têm a mulher como chefe, no período de 1970-1991.

Assim, buscamos compreender a complexidade da dinâmica social, procurando relacionar as condições de vida e a situação de saúde.

2.2. Fonte de Dados

Apesar das prováveis imprecisões e falhas que podem ocorrer no preenchimento das declarações de óbito, para o estudo da situação de saúde, utilizamos a análise do perfil de *mortalidade por causas* por tratar-se de um indicador possível de ser trabalhado. Os dados de mortalidade obtidos pelas declarações de óbito trazem subsídios para um conhecimento aproximado das causas básicas de mortalidade e dão idéia de sua evolução no tempo.

Foram utilizados como fontes de dados:

- Registros constantes das Micro-fichas (óbitos gerais por causas de morte resumidas, segundo sexo e idade), Fundação SEADE, 1969, 1970, 1971;
- Registros constantes dos Censos Demográficos, Fundação IBGE, 1970, 1980 e 1991;

- Registros constantes da base de dados do DATASUS, Sub-Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, sistema gerido pelo Centro Nacional de Epidemiologia – CENEPI, da Fundação Nacional de Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde, 1979-1996;
- Registros constantes do Plano Municipal de Saúde, Equipe Técnica, Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Marília, 1991.
- Jornais e publicações referentes ao desenvolvimento econômico e social do município de Marília/SP.

As *causas básicas de morte* foram agrupadas segundo os capítulos da 9ª. Revisão da Classificação Internacional de Doenças para codificação dos óbitos e segundo os diagnósticos de acordo com a lista de códigos baseada na CID-BR (BRASIL, 1980) – Anexo I.

Foram excluídas da análise as causas de morte constantes do Capítulo XV da CID-9, Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal (760-779), por considerarmos, em nossos estudos, a população feminina com dez anos e mais de idade.

2.3. Medidas de Mortalidade

As medidas utilizadas para quantificar a mortalidade feminina pelos diferentes grupos de causas, segundo grupo etário e escolaridade foram: a mortalidade proporcional e coeficiente de mortalidade.

O cálculo desses indicadores, segundo LAURENTI et al. (1987) se faz mediante as seguintes relações:

- a) Mortalidade proporcional segundo a idade.

É calculada pela relação:

$$\frac{\text{Nº de óbitos femininos de determinada idade (ou grupo etário) na área A, período } t}{\text{Total de óbitos da área A, tempo } t} \times 100$$

- b) Mortalidade proporcional segundo causas.

É calculada pela relação:

$$\frac{\text{Nº de óbitos pela doença D na área A, tempo } t}{\text{Total de óbitos da área A, tempo } t} \times 100$$

- c) Mortalidade proporcional segundo escolaridade.

É calculada pela relação:

$$\frac{\text{Nº de óbitos femininos com determinada escolaridade na área A, período } t}{\text{Total de óbitos da área A, tempo } t} \times 100$$

- d) Coeficiente de mortalidade feminina segundo idade.

É calculado pela relação:

$$\frac{\text{Nº de óbitos femininos de determinada idade (ou grupo etário) na área A, período } t}{\text{População feminina da mesma idade, da área A, no meio do período } t} \times 1000$$

- e) Coeficiente de mortalidade feminina por causas.

É calculado pela relação:

$$\frac{\text{Nº de óbitos femininos por determinada causa na área A, período } t}{\text{População feminina da área A, no meio do período } t} \times 100.000$$

- f) Coeficiente de mortalidade materna.

É calculado pela relação:

$$\frac{\text{Nº de óbitos por causas maternas, na área A, ano } t}{\text{Nº de nascidos vivos, da área A, ano } t} \times 100.000$$

Para o cálculo desse coeficiente, utilizamos, no denominador, o número de nascidos vivos (n.v.), residentes no município de Marília/SP, nos anos 1980 e 1991, obtidos em publicação oficial (MARÍLIA, 1991).

g) Coeficiente de mortalidade feminina segundo escolaridade.

É calculado pela relação:

$$\frac{\text{Nº de óbitos femininos com determinada escolaridade na área A, período t} \times 1000}{\text{População feminina com a mesma escolaridade, área A, no meio do período t}}$$

Os dados de 1980 do município de Marília, segundo escolaridade (anos de estudo), referem-se à população feminina de 5 anos e mais. Sabendo-se que a população feminina de 5 a 9 anos era de 6445 (ver Tabela 9); supondo-se que essa faixa etária freqüentaria, no máximo, até o 1º. grau, para se ter a população de 10 anos e mais por escolaridade, idealizou-se o seguinte procedimento:

Calculou-se uma constante (K) por meio da seguinte relação:

$$K = \frac{\text{população 5 a 9 anos}}{\text{População} \geq 5 \text{ anos "sem instrução"} + \text{população} \geq 5 \text{ anos de "1º. Grau"}}$$

Considerando uma distribuição uniforme das crianças com 5 a 9 anos nos dois estratos de escolaridade, calcularam-se os contingentes *a* e *b* de crianças com 5 a 9 anos, pertencentes aos dois estratos de escolaridade, da seguinte forma:

$$a = K \times \text{população} \geq 5 \text{ anos "sem instrução"}$$

$$b = K \times \text{população} \geq 5 \text{ anos de "1º. grau"}$$

O calculo da população com 10 anos e mais resultaria do seguinte:

$$\text{Pop.} \geq 10 \text{ anos "sem instrução"} = (\text{pop.} \geq 5 \text{ anos "sem instrução"} - a)$$

$$\text{Pop.} \geq 10 \text{ anos "1º. grau"} = (\text{pop.} \geq 5 \text{ anos "1º. grau"} - b)$$

Os coeficientes que constam da Tabela 31 foram calculados com os estratos populacionais estimados da forma descrita acima.

Quanto à população feminina de 1991, por não se dispor da distribuição por escolaridade e sexo, foi estimada a partir dos percentuais segundo os estratos de escolaridade observados na população geral e aplicados à população

feminina com 10 anos e mais, igual a 66.610 mulheres (ver Tabela 19).

h) Coeficiente de mortalidade feminina segundo a escolaridade e causas.

É calculado pela relação:

$$\frac{\text{Nº de óbitos femininos por determinada escolaridade e causas na área A, período t}}{\text{População feminina na mesma escolaridade, área A, no meio do período t}} \times 100.000$$

Não se estudou a mortalidade materna por escolaridade, por não conhecermos o grau de instrução das mães dos nascidos vivos.

Para o cálculo dos coeficientes, consideraram-se, no numerador, os óbitos dos três anos consecutivos de seus respectivos triênios e, no denominador, a população dos anos censitários, os nascidos vivos do ano central do triênio, e as populações estimadas para o ano central. Os resultados obtidos foram divididos por três, com o que se obteve o coeficiente médio de mortalidade anual.

2.4. Análise dos Dados

Para a análise da mortalidade nos triênios 1979 a 1981 e 1990 a 1992, os dados do arquivo DATASUS foram processados pelo programa de computador Tabwin – DATASUS, Versão 1.2, tabulação para Windows.

Realizou-se a distribuição de frequência dos seis principais capítulos de causa de morte, com os respectivos diagnósticos para cada triênio e para cada grupo etário, separadamente, com o intuito de identificar, em cada capítulo, os principais diagnósticos (Anexos II e III).

Para análise da mortalidade pela escolaridade, foram utilizados os registros constantes da base de dados do DATASUS-SIM, que foram processados pelo programa de computador Tabwin, o que nos permitiu realizar a classificação social dos óbitos.

3. RESULTADOS

3. RESULTADOS

3.1. Caracterização do Município

3.1.1. Localização

No princípio deste século, nenhum homem civilizado habitava a imensa área coberta de matas virgens, situada a oeste do estado de São Paulo, delimitada pelos rios Feio e Peixe.

A história de Marília inicia-se em 1923, quando os primeiros pioneiros adquiriram 53 alqueires de terra, os quais vieram a constituir o Patrimônio “*Alto Cafezal*”, primeiro nome dado a Marília. Em 4 de abril de 1929, ocorreu a instalação do município, data de comemoração do aniversário da cidade. (PÓVOAS, 1947)

O município de Marília situa-se na região oeste do Estado de São Paulo, mais precisamente, na Alta Paulista; ocupa uma área de 1.194 Km², sendo 42 km² de área urbana e 1.152 km² de área rural. É composto de seis distritos na sua divisão político-administrativa – Padre Nóbrega, Amadeu Amaral, Rosália, Avencas, Dirceu e Lácio – sendo Marília a sede. Está ela situada em região montanhosa, tendo como município limítrofes: ao norte – Getulina, Guaimbé, Júlio de Mesquita; ao sul – Ocaçu e Campos Novos Paulista; ao leste – Álvaro de Carvalho, Vera Cruz e ao oeste – Pompéia, Oriente e Echaporã (FIORONI et al., 2000).

O relevo caracteriza-se pela ocorrência de partes altas, os “*espigões*”, e de vales por onde caminham os rios e córregos, “*as baixadas*”.

Nos espigões, o relevo vai de plano a acidentado, e separando os espigões e baixadas, têm-se paredões íngremes de pedra, “*o Itambé*”. O solo é arenoso e suscetível à erosão (FIORONI et al., 2000).

As condições climáticas correspondem ao clima transicional, com verões úmidos e invernos subúmidos. A temperatura média no verão, é de 28° C e no inverno, de 13° e 14° C. O vento predominante é do Sul, e a velocidade é de 24m/seg com trocas freqüentes de direção. A umidade relativa é de 60% no verão, chegando à saturação no inverno. Os meses de chuva são: dezembro, janeiro e fevereiro, quando chove, em média, 12 a 14 dias. Nos meses restantes, chove em média 5 a 6 dias, de abril até setembro (Setor de Meteorologia da Universidade Estadual Paulista – Bauru)³.

O Município é servido por transporte rodoviário, ferroviário e, por sua localização privilegiada, proporciona fácil acesso às principais cidades do estado de São Paulo, norte do Paraná, Mato Grosso do Sul e sul de Minas Gerais, distando 450 km da capital do Estado.

A seguir, a caracterização do Município quanto ao desenvolvimento econômico e social.

³ Informações obtidas por telefone.

3.1.2. Ciclos econômicos

A base do desenvolvimento econômico do município de Marília foi a cultura do café. No período 1925-1931, foram plantados quase todos dos 14.487.905 cafeeiros do município (PÓVOAS, 1947). Outra característica importante é que, desde o início de sua ocupação econômica, impera o regime das pequenas propriedades, não existem latifundiários.

A depreciação das terras, o avanço da cultura cafeeira rumo ao norte do Paraná e a crise de 1929/31 marcaram a decadência do café no Município. Passou a ser efetivado, então, um processo de substituição de culturas, ao mesmo tempo em que se verificava a penetração de atividades pecuárias (RODRIGUES & GIRALDELLI, 1983).

A plantação do café foi inicialmente substituída pela do algodão, tendo uma produção recorde em 1944 (PÓVOAS, 1947). À medida que os solos iam se tornando enfraquecidos, iniciou-se a plantação de amendoim.

Também, em 1942, foi incentivada a cultura de amoreiras pelo Instituto Agrônomo de Campinas, transformando Marília no maior centro sericícola do estado de São Paulo. Esse incentivo desapareceu após a Grande Guerra Mundial (PÓVOAS, 1947).

O historiador mariliense, PAULO CORRÊA DE LARA (1991), nos relata, em seu livro “*Marília – sua terra, sua gente*”, que as primeiras indústrias instaladas foram: serrarias, olarias, máquinas de benefício de arroz e, depois, de café. Com a plantação do algodão, vieram as máquinas de benefício de algodão, 2 fábricas de óleo de ca-

roço de algodão e amendoim e as fiações para produção de fios de seda.

Aliadas a esse início de industrialização, foram abertas a ferrovia e as estradas de rodagem, ligando Marília à região Noroeste, à Sorocabana e ao Norte do Paraná (FIORONI et al., 2000).

Apesar de todo esse processo de substituição, Marília continuava caracterizando-se, tanto dentro da região como um todo, quanto em relação ao Estado de São Paulo, como uma área produtora de café. Isso porque, paralelamente a esse processo de substituição de culturas, se desenvolveu a plantação de novos cafeeiros com técnicas modernas.

Em 1970, a pecuária predomina na ocupação agrícola. Tal fato, junto à substituição do plantio do café por outras culturas, faz com que a contratação de trabalhadores em regimes do tipo colonato passa a apresentar conotação tipicamente capitalista, à medida que tende a aumentar a relação capital/trabalho e que coloca como alternativa de sobrevivência para o trabalhador tão somente a venda de sua força de trabalho. A mão-de-obra empregada na agricultura passa a ser, cada vez mais, do tipo assalariada-temporária, dando origem a uma categoria de trabalhadores volantes, também conhecidos como “*bóias-frias*”. Outra questão, também relevante, é a utilização crescente de máquinas e insumos agrícolas. Assim, a partir de 1970, a agricultura apresenta característica comercial que trouxe como consequências: a expulsão dos pequenos proprietários e a crescente valorização do espaço agrícola. A ocupação do espaço agrícola com lavouras, vai tornando-se cada vez menor e intensificando as pastagens. (RODRI-

GUES & GIRALDELLI, 1983).

O primeiro ciclo industrial de Marília se consolida entre os anos 40 e 60, com base na agroindústria.

O comércio apresentava perfil idêntico ao da indústria. Exportavam-se para a capital e outros municípios do interior, café, algodão em pluma, arroz, torta de algodão, fios de seda, bebidas de fabricação local, mamona, amendoim, etc. e importavam-se tecidos, calçados, chapéus, gêneros alimentícios (PÓVOAS, 1947).

Na década de 50/60, Marília vive uma retração do incremento populacional pela decadência das culturas de café, algodão e amendoim. A pecuária passa a predominar a partir de 1970 (FIORONI et al., 2000). Quando as terras se tornaram pastagens, as fábricas de óleo foram se mudando.

O novo ciclo industrial do Município teve seu início em meados de 70. O setor industrial moderniza-se e diversifica os seus produtos, investindo, principalmente, nas indústrias de alimentação e metalurgia, com taxas de crescimento anuais de 1,93 já na década de 70 e de 3,10 em 1989 (FIORONI et al., 2000).

O terceiro ciclo de desenvolvimento está montado no tripé educação, saúde e serviços, especialmente pelas universidades e clínicas médicas. A cidade virou pólo de atração de jovens num raio de 100 km, além de outros 15 estados brasileiros (FIORONI et al., 2000). Esse terceiro ciclo proporcionou um incremento das atividades de comércio e de serviços e provocou mudanças na apropriação do espaço urbano, pois, num total aproximado de 20.000 alunos matriculados, número ainda em expansão, vem demandando um incremento na oferta de serviços, principalmente no mercado imobiliário, o que acarretou um “boom” de construção de apartamentos, modificando inclusive as características arquitetônicas da cidade, que passa também

a crescer verticalmente.

Dados de 1995⁴ revelam que a ocupação do espaço agrícola no município de Marília correspondia a 68,79% de pastagens e 7,24% de lavouras e que 74,0% das propriedades rurais eram menores de 100 hectares. A produção agrícola é bastante diversificada, café, milho, amendoim, ponkan, seringueira, amoreira e maracujá principalmente, mas, ainda há predominância do café. O Município é considerado como uma das principais bacias leiteiras do tipo B do estado de São Paulo.

Pólo industrial da região, Marília possui 1.095 indústrias, das quais 200 são produtoras de biscoitos e confeitos. A produção supre 12% do mercado nacional. Possui também 105 indústrias do setor de metalurgia e máquinas que empregam cerca de 3.000 trabalhadores (MARÍLIA, 2000). A presença dos setores químico, têxtil, plásticos, de embalagens e de componentes eletroeletrônicos é cada vez maior (LOPES, 1999).

Estima-se que, em Marília, existam atualmente entre seis mil a oito mil empresas comerciais em funcionamento, garantindo cerca de 24 mil empregos diretos (LOPES, 1999).

Na agricultura, desenvolvem-se culturas variadas e resgatam-se os investimentos em cafezais. A partir de 1997, iniciaram-se os programas de estímulo ao café, amendoim, melancia e maracujá. Em dois anos, foram plantados 5 milhões de pés, que devem começar a produzir neste ano e no próximo (MARÍLIA, 2000).

⁴ MARÍLIA. Prefeitura Municipal de Marília. Conselho Municipal de Desenvolvimento Industrial e Comercial. *Marília: símbolo de amor e liberdade*. Marília. 1995. 28p.

Pesquisa realizada pela FIPE (Fundação Instituto de Pesquisas) da USP mostrou que a economia de Marília cresceu 9,9% em 1999. É o maior índice do Estado e consolida a fase inédita de desenvolvimento da cidade. Comércio e indústria foram os destaques, com crescimentos de 10,6% e 10,7% respectivamente (MARÍLIA, 2000).

Atualmente, Marília é um dos maiores centros de influência regional do estado de São Paulo e é a base de crescimento para 50 cidades num raio de cem quilômetros.

3.1.3. *Desenvolvimento social e saúde*

- ***Descrição da evolução dos Serviços de Saúde***

O município de Marília, na década de 60, possuía dois hospitais gerais: Santa Casa de Misericórdia (desde 1928) e o Hospital Marília S/C (desde 1942); hospital privado com fins lucrativos, 1 (um) hospital psiquiátrico; Hospital Espírita de Marília (desde 1948) e três maternidades, duas delas anexas aos hospitais gerais e à Associação Feminina de Marília (Maternidade Gota de Leite, desde 1938), responsável, na época, pelo atendimento às gestantes carentes e pela distribuição de leite às crianças necessitadas (LARA, 1991).

A assistência ambulatorial era prestada, afora os hospitais, por consultórios médicos particulares.

Em 1966, foi criada a Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Seu funcionamento foi autorizado em 1967, como Instituição Pública Municipal, depois de ter sido constituída uma entidade mantenedora, a Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília (FUMES) pela Lei Municipal nº 1371, de 22/12/1966 (LARA, 1991).

Na década de 70, aos serviços hospitalares citados anteriormente, foi acrescido o funcionamento do Hospital de Clínicas, como hospital universitário. O sistema de saúde público começa a se constituir, com a criação, pelo Município, do Pronto Socorro Municipal e dos ambulatorios médicos em Avencas e Rosália (distritos de Marília), ambos administrados pela Faculdade de Medicina e campo de estágio para os alunos. Foi instalada a Delegacia Regional da Saúde e o prédio do Centro de Saúde I, ambos sob a gerência da Secretaria Estadual de Saúde (LARA, 1991).

Na década de 80, das unidades prestadoras de serviços ambulatoriais no município, o Posto de Atendimento Médico do INAMPS – PAM, predominava na prestação de serviços ambulatoriais especializados, 48,4% do total das consultas produzidas e no atendimento das áreas básicas (24,7%). O sistema de serviços prestados era do tipo Pronto Atendimento, caracterizado pela ausência de prontuários para o registro das consultas médicas, dificultando os retornos, a continuidade do tratamento e a atenção global à saúde dos pacientes (TANAKA et al., 1987).

Os serviços ambulatoriais prestados no hospital universitário e nas Unidades Básicas de Saúde, gerenciadas pela Faculdade de Medicina representavam 20,0% do total, e os serviços prestados pela rede básica gerenciada pelo Estado, representavam 14,0% (TANAKA et al., 1987). Esses dados, apontam o predomínio dos serviços prestados pelo INAMPS nas atividades de prestação de serviços ambulatoriais, que se caracterizavam por ações curativas, voltadas para os trabalhadores do mercado formal, contribuintes da previdência e seus fami-

liares.

Em 1983, foi criada a Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social. A partir daí, vai ocorrer no Município a descentralização da rede básica de saúde, com o surgimento de vários postos de saúde na periferia.

O município de Marília, até 1983, contava com 6 (seis) Unidades Básicas de Saúde (U.B.S.), gerenciadas pela Faculdade de Medicina e pela Secretaria Estadual de Saúde. No período 1983–1988, foram incorporadas à rede básica de atenção à saúde, 11 (onze) Unidades Básicas, que passaram a ser gerenciadas pelo município e pela Faculdade de Medicina de Marília. No período 1989–1992, foram incorporadas 4 (quatro) novas Unidades Básicas, totalizando 20, pois uma delas foi desativada. A partir de 1991, as Unidades Básicas de Saúde passaram a ser gerenciadas pelo município, com exceção do Centro de Saúde Escola (MARÍLIA, 1991).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, foi implantado no município de Marília, no 3º trimestre do ano de 1986 (TANAKA et al., 1987). As ações programáticas desenvolvidas foram: assistência ao pré-natal e o controle e prevenção do câncer ginecológico.

TANAKA et al. (1987), avaliando a cobertura populacional das Unidades Básicas de Saúde, no município de Marília, no 1º Semestre de 1987, observaram que a cobertura populacional das gestantes não foi alcançada e que uma insignificante porcentagem de mulheres em idade reprodutiva recebia assistência ginecológica.

Com a descentralização das ações primárias em saúde, a

participação do município foi crescente ano a ano. Houve expansão da rede física, gerando atendimento nas áreas de clínica, gineco-obstetrícia, pediatria e odontologia. Houve expansão dos espaços para atendimentos que complementaríamos a consulta médica, como sala de inalação e curativo. O setor público passou a proporcionar, no mesmo serviço, atividades de programas, como vacinação, e pronto atendimento. No entanto, predominou o modelo assistencial centrado na ação médica, sendo a consulta médica a principal atividade, com maior carga horária dos atendimentos. A rede de serviços de saúde em Marília, era, na realidade, um conjunto de unidades desarticuladas entre si. A estrutura da rede primária e secundária não permitia a credibilidade por parte dos usuários e, ao mesmo tempo, seu recurso humano sentia-se desmotivado, para um trabalho de rotinas desgastantes e desvalorizadas tanto pela comunidade, como por seus pares e pela estrutura administrativa.

TANAKA et al. (1987) observaram, pela análise dos óbitos, por causas e faixa etária, do município de Marília, em 1980 e 1986, que os Sinais, Sintomas e Afecções Mal Definidas participavam das cinco primeiras causas de óbito no perfil de mortalidade. A presença desses foi interpretada como: má qualidade da assistência médica prestada e/ou preenchimento incorreto dos atestados de óbitos, além de ser observada a ausência, no Município, do Serviço de verificação de óbitos.

Em 1990, 255.319 consultas médicas foram realizadas pelos serviços responsáveis pelo atendimento primário em Marília. Dessas, 34,9% foram realizadas pelas Unidades Básicas gerenciadas pela Secretaria Municipal de Higiene e Saúde, 24,1% pelos serviços próprios do INAMPS, 18,3%, pelas Unidades Básicas de Saúde gerenciadas pela Faculdade de Medicina e 22,7%, pelos serviços prestados pela rede básica gerenciada pelo Estado. (MARÍLIA, 1991).

Em relação às consultas médicas na área de ginecologia-obstetrícia, foram realizadas, em 1990, 36.198 consultas nos serviços de atenção primária. Dessas, 36,9% foram realizadas nas Unidades municipais e 37,1%, pelos serviços próprios do INAMPS. Assim, a cobertura populacional foi igual a 0,6 consultas/mulher/ano, em relação aos serviços públicos prestados para as mulheres em nosso município, em 1990 (MARÍLIA, 1991).

A coleta de Papanicolau que, até 1989, se concentrava no hospital universitário, a partir de 1987, foi estimulada sua realização pela equipe médica e de enfermagem das Unidades Básicas de Saúde, assim, das 6590 coletas de Papanicolau em 1990, 36,4%, foram realizadas nas unidades municipais. Doze por cento das mulheres de 15 anos e mais, do município de Marília, realizaram a coleta de Papanicolau nos serviços públicos (MARÍLIA, 1991).

Do total de partos realizados em 1990, 65,2% foram operatórios (cesáreo) (MARÍLIA, 1991). Atualmente, a taxa de cesarianas em nosso município é igual a 58,3%.

Em 1991, a Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de Marília, preocupada com a alta taxa de partos cesáreos e com os óbitos

infantis, mortalidade perinatal, decorrentes de causas, como: prematuridade, amniorrexe prematura, doença hipertensiva da gravidez, reestruturou o Programa de Assistência ao Pré-Natal, inserindo a equipe de enfermagem nessa atividade e valorizando, nos atendimentos da rede Básica de Saúde, “*a queixa de atraso menstrual*”, como indicativo para o início precoce do atendimento. Implantou, ainda, o Sub-Programa de Saúde dos Lactentes de Alto Risco, com acompanhamento das crianças com maior risco de adoecer e/ou morrer. Esses programas foram implementados no 2º semestre de 1991.

Em 1992, o Coeficiente de Mortalidade Infantil foi de 17,10 por mil nascidos vivos. O menor coeficiente observado no município, até os dias atuais. No início de 1993, com a nova administração municipal, os programas se desestruturaram, sendo, novamente valorizados a partir do 2º semestre de 1999.

Atualmente, o município de Marília, pela Secretaria Municipal de Higiene e Saúde (S.M.H.S.), como gestor do Sistema Único de Saúde, gerencia 17 (dezessete) Unidades Básicas de Saúde, 07 (sete) Programas Saúde da Família (P.S.F.), 59 (cinquenta e nove) consultórios odontológicos, Banco de Leite Humano e o Programa de Internação Interdisciplinar Domiciliar (PROIID), atendendo 35 (trinta e cinco) pacientes/mês.

A rede hospitalar do Município é constituída de 01 (um) hospital universitário (Hospital de Clínicas e Municipal) com ambulatório e uma maternidade com plantonista vinte e quatro horas, dois hospitais gerais, sendo a Santa Casa, de referência terciária e um hospital psiquiátrico, totalizando 970 leitos, desses, 762 (78,5%) leitos

são conveniados pelo Sistema Único de Saúde.

A Secretaria de Estado da Saúde é responsável pelo Núcleo de Gestão Assistencial; ambulatório de referência secundária para o município, Instituto Adolfo Lutz, e o Centro de Atendimento Médico Ambulatorial (CEAMA).

O município também tem o Hemocentro, gerenciado pela FUMES, que é referência para a Coordenadoria Regional de Saúde nos serviços de hematologia, hemoterapia e sorologia. Oferece exames laboratoriais à rede básica municipal.

Exames complementares, por imagem e som, são oferecidos pelos serviços privados.

Há, ainda, centenas de consultórios médicos particulares e um pronto atendimento 24 horas para pacientes particulares e conveniados.

Observa-se que, o sistema de saúde do município de Marília/SP foi organizado ao longo dos anos, segundo a lógica do modelo biomédico: expansão da rede física, incorporação da tecnologia e a atenção médica dirigida exclusivamente para a anormalidade biológica, particularmente, em relação à mulher, a assistência à saúde, fragmentou-a ainda mais, priorizando a atenção à gestação.

• ***Indicadores sociais***

O desenvolvimento econômico do município de Marília foi acompanhado do desenvolvimento social. Paralelamente à urbanização do município, a partir de 1960, quando a população urbana representava 59,6%, para 93,5% em 1991, houve um claro progresso

dos indicadores sociais, representados no quadro abaixo:

Indicadores sociais do município de Marília, 1970, 1980 e 1991.

Indicadores Sociais	1970	1980	1991
Expectativa de vida (anos)	61,99	64,88	-
% de domicílios com abastecimento de água	53,65	73,97	90,00
% de domicílios com abastecimento de esgoto	23,10	50,21	90,0
Taxa de alfabetização da população de 5 anos e +	69,0	76,6	86,6

Fontes: Rodrigues, R. N., Giraldelli, B. W. *Análise Demográfica Regional: Região de Marília : capitalizações do campo e expulsão da população*. São Paulo : SEADE, 1983; Fundação IBGE – Censo Demográfico, 1970, 1980 e 1991; Fundação SEADE – *Coleção Realidade Paulista* – causas de morte e esperança de vida ao nascer no estado de São Paulo e regiões, 1975-1983; MARÍLIA. Secretaria Municipal da Saúde. Equipe Técnica. *Plano Municipal de Saúde*. Marília, 1991.

Atualmente, o abastecimento de água tem capacidade para atendimento a 100% da população, porém está na dependência da efetivação de ligações por parte de seus moradores (atualmente com 94% de domicílios atendidos), 98% da população é servida por rede de esgoto, não tratado (MARÍLIA, 1995).

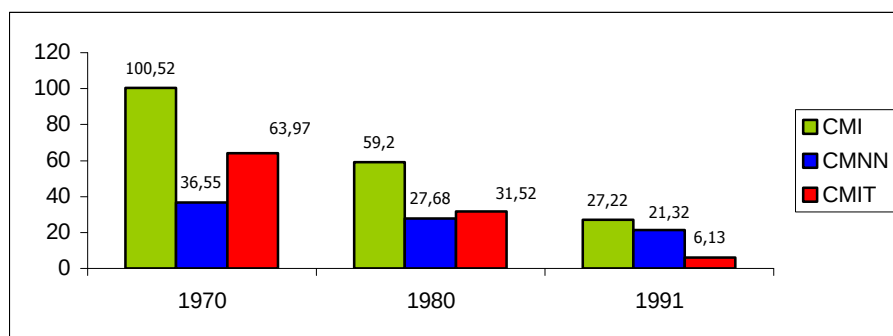
A energia elétrica tem capacidade para suportar até 40% de incremento em relação à demanda atual, sendo que 98% da cidade tem iluminação pública. A rede viária urbana está 90% pavimentada, a coleta de lixo residencial atinge 100% da cidade e apresenta uma arborização que indica uma árvore para cada 05 (cinco) habitantes (FIO-RONI et al., 2000).

Segundo o IBGE (1996)⁵, a taxa de alfabetização da população de 5 anos e mais do município de Marília, em 1996, foi igual a 92,8%.

• ***O nível de saúde segundo alguns indicadores:***

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) apresentou redução de 73,0% nas duas décadas em foco, resultante de expressiva redução do componente da “*mortalidade tardia*”, cujo valor de 6,13‰, em 1991, equivalia à décima parte de seu valor em 1970. O componente neonatal reduziu-se, também, mas não tanto, sendo de 21,32‰, em 1991 (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) e seus componentes: Neonatal (C.M.N.N) e Tardio (CMIT) do município de Marília/SP, 1970 a 1991.



Fonte: Fundação SEADE – 1970, 1980 e 1991. In: MARÍLIA, 1991.

A mortalidade proporcional para menores de 1 ano (Tabela 1) no período 1970, foi de 34,2%; no período 1980 foi de 20,8% e no período 1991 foi de 7,5%. Esses valores podem ser considerados

⁵ FUNDAÇÃO IBGE. *Contagem da População* : Sistema IBGE de Recuperação Automática, SIDRA – 97.

muito altos, visto que em áreas ou países desenvolvidos⁶, a mortalidade proporcional de menores de um ano é inferior a 3%.

Para o grupo de 60 anos e mais, a frequência dos óbitos é crescente correspondendo, assim, uma mortalidade proporcional de 31,6%, 47,4% e 58,1% respectivamente, para os períodos 1970, 1980 e 1991. (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição de frequências dos óbitos por faixa etária e períodos, município de Marília/SP, 1970 – 1991

Períodos*	<1		1-4		5-9		10-19		20-39		40-59		60A+		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1970	987	34,2	163	5,6	39	1,4	62	2,1	198	6,9	512	17,8	910	31,6	2870	100,0
1980	542	20,8	40	1,5	15	0,6	63	2,4	203	7,8	507	19,4	1236	47,4	2606	100,0
1991	227	7,5	33	1,1	14	0,5	61	2,0	319	10,6	604	20,0	1757	58,1	3015	100,0

* Referem-se a triênios que têm os anos censitários no centro

Notas: excluídos os óbitos com faixa etária ignorada, a saber:

- 11 óbitos masculinos no período 1969 a 1971
- 1 óbito feminino, 1979 a 1981
- 7 óbitos, sendo 4 homens e 3 mulheres, 1990 a 1992.

f = frequência dos óbitos

Fonte: Fundação SEADE – Microfichas dos Óbitos Gerais por Causas de Morte resumidas segundo sexo e idade, 1969 a 1971.
DATASUS – SIM, 1979 a 1996.

A Razão de Mortalidade Proporcional ou Indicador de Swaroop e Uemura, do município de Marília, nos períodos 1970, 1980 e 1991, apresentou valores crescentes, passando do 3º nível (25 a 49%), em 1970, para o 2º nível de saúde (50 a 74%), em 1991, retra-

⁶ Dados de 1980 ou anos próximos mostram uma mortalidade proporcional de menores de um ano de 2,4% nos Estados Unidos (1978) de 2,4% no Canadá (1979), de 1,6% no Japão, de

tando, nessas duas décadas, uma melhoria nas condições de saúde da população mariliense (Tabela 2).

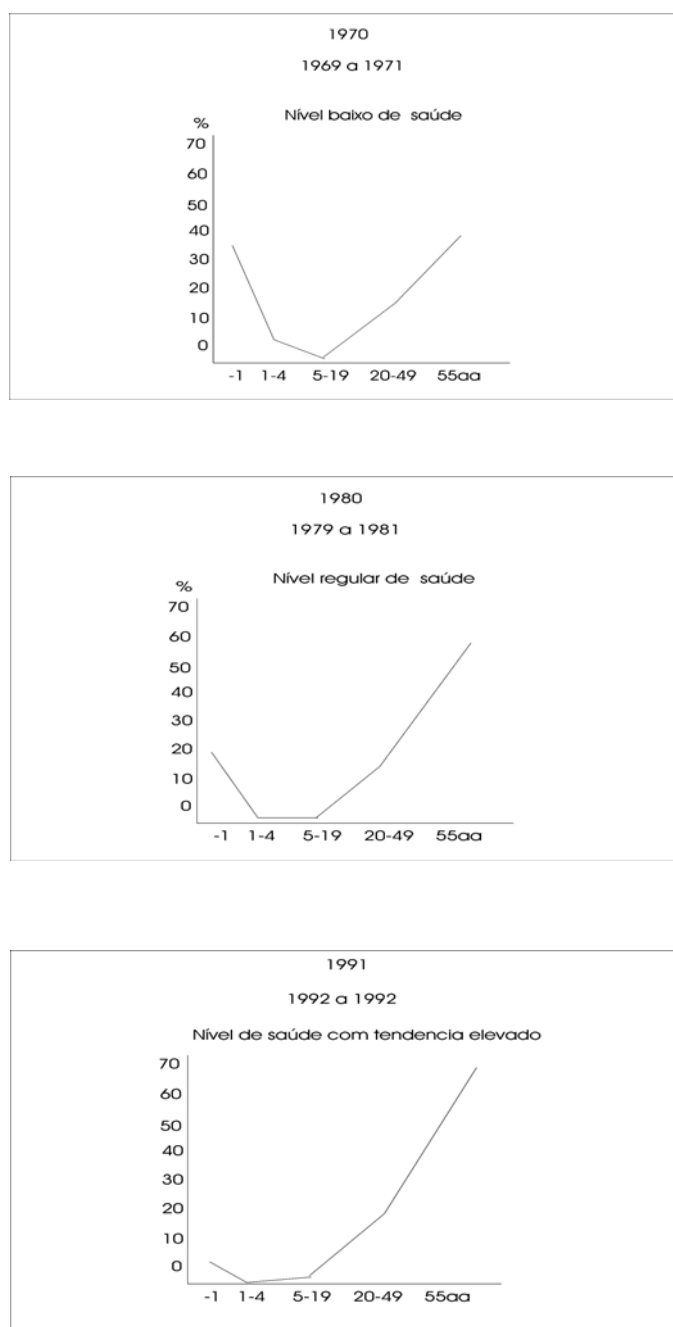
Tabela 2 – Indicador de Swaroop e Uemura, município de Marília/SP, 1970 a 1991.

Períodos*	Valor do Indicador (%)
1970	41,9
1980	58,6
1991	70,1

Nota: *Referem-se a triênios que têm os anos censitários no centro.

Fonte: Fundação SEADE – Microfichas dos Óbitos Gerais por Causas de Morte resumidas segundo sexo e idade, 1969 a 1971.
DATASUS – SIM, 1979-1996.

Segundo os critérios de Néelson Moraes, a curva no período 1970 mostrou um padrão *baixo* de saúde, passando a *regular*, em 1980 e *regular* com tendência a *elevado* no período 1991 (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Curva de Mortalidade Proporcional

Fonte: Fundação SEADE – Microfichas dos Óbitos Gerais por Causas de Morte resumidas segundo o sexo e idade, 1969 a 1971.
DATASUS – SIM, 1979-1996.

Em 1999⁷, a mortalidade infantil foi de 20,62 por 1000 nascidos vivos, sendo o componente neonatal de 13,85 e o componente infantil tardio, de 6,77 por mil nascidos vivos. A *razão de mortalidade proporcional*, o clássico indicador de Swaroop-Uemura, alcançou valores de 72,74%. O perfil de mortalidade, no mesmo ano, dentre as causas conhecidas, apresentou as *doenças do aparelho circulatório* como a primeira causa de morte (26,3% dos óbitos), as *neoplasias* (14,0% dos óbitos) em segundo lugar, as *causas externas* (11,0% dos óbitos) o terceiro lugar, as *doenças infecciosas e as parasitárias* (5,0% dos óbitos) em quarto lugar. É importante ressaltar que, esse grupo cresceu devido à presença da *doença pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV)*, responsável por 24 óbitos, os quais correspondem a 39,3% do total de óbitos do grupo.

Houve 2 óbitos maternos e 3104 nascidos vivos, perfazendo um Coeficiente de Mortalidade Materna igual a 64,4 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Esses indicadores, segundo os parâmetros tradicionais da epidemiologia (LAURENTI et al., 1987), apresentaram um nível de saúde regular com tendência a bom.

3.1.4. População

- **Natalidade e mortalidade**

O crescimento migratório do interior paulista, como se verá a seguir, provavelmente, foi o responsável pelo aumento da taxa

⁷ MARÍLIA. Secretaria Estadual da Saúde. DIR XIV. SIM - Sistema Informação de Mortalidade. Consolidado Marília, 1999.

de natalidade em 1980. A redução da taxa de natalidade na década seguinte resultou da forte queda da fecundidade (ver Tabela 3).

Tabela 3 – Evolução da taxa de natalidade, município de Marília/SP, 1970 – 1990.

Anos	Nº nascidos vivos/1.000 habitantes
1970	25,74
1980	27,94
1990	16,81

Fonte: MARÍLIA. Secretaria Municipal da Saúde. Equipe Técnica. *Plano Municipal de Saúde*. Marília, 1991.

A frequência de óbitos de residentes em Marília, nos triênios 1969 a 1971, 1979 a 1981, 1990 a 1992, apresentaram os seguintes valores respectivamente: 2881, 2607 e 3022. Observa-se, assim, uma diminuição significativa do Coeficiente de Mortalidade Geral (C.M.G.) ao passar de 12,9 em 1970 para 7,5‰ em 1991, como se pode observar na Tabela 4.

Tabela 4 – Coeficiente de mortalidade anual geral, não padronizado e padronizado por idade segundo os períodos estudados, município de Marília/SP.

Períodos*	Óbitos/1.000 habitantes	
	Não padronizado	Padronizado**
1970	9,8	12,9
1980	7,1	9,1
1991	6,2	7,5

Notas: * Referem-se a triênios que têm os anos censitários no centro

** O coeficiente de mortalidade geral padronizado é produto de cálculos pelo método da população – padrão, tendo como referência a população mundial⁸.

Fontes: Fundação SEADE – Microfichas (Óbitos Gerais por Causas de Morte, resumidas, segundo sexo e idade), 1969 a 1971
DATASUS-SIM, 1979 a 1996.

O coeficiente de mortalidade segundo sexo (Tabela 5) revelou-nos que o risco de morte dos homens e mulheres foi decrescente ao longo do período considerado pelo estudo. A queda observada nesse coeficiente fora maior para o sexo feminino e de 41,2%, ao passo que para o sexo masculino fora de 32,4%. A evolução do índice de Sobremortalidade masculina indica elevação relativa do risco de morrer dos homens em relação ao das mulheres, no período.

⁸ PEREIRA, M. G. *Epidemiologia Teoria e Prática*. Rio de Janeiro : Guanabara, 1995. cap.9, p.213.

Tabela 5 – Evolução do coeficiente de mortalidade anual (óbitos por mil habitantes) dos sexos e índice de sobremortalidade masculina (ISM), município de Marília/SP, 1970 a 1991.

Período	C.M. anual (x 1000)		ISM **
	Masc.	Fem.	
1970 *	11,1	8,5	1,3
1980*	8,6	5,7	1,5
1991*	7,5	5,0	1,5

Notas: * Referem-se a triênios que têm o ano censitário no centro

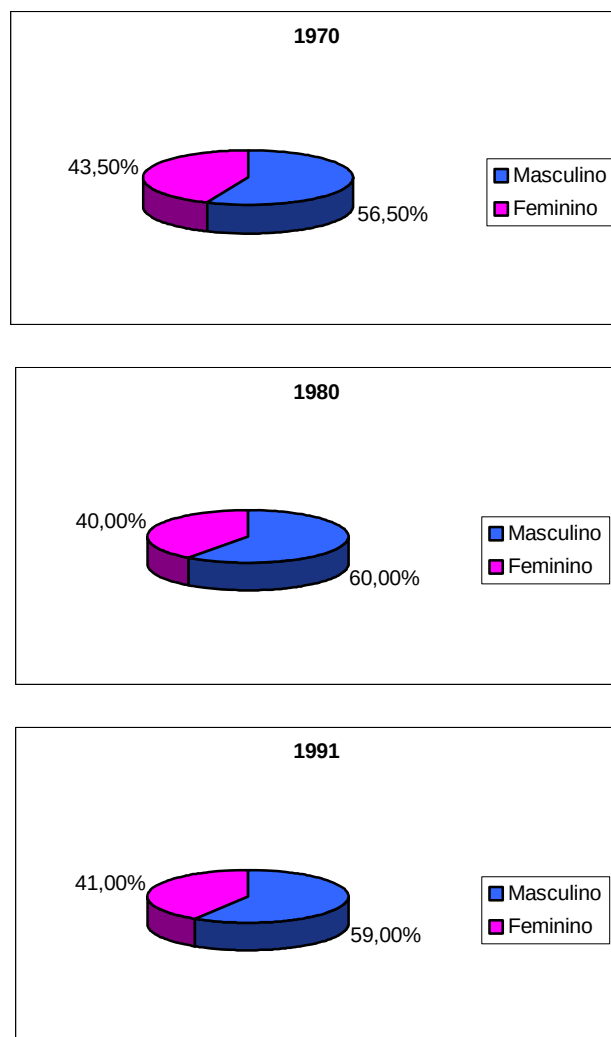
** ISM = (CMM/CMF)

Fonte: Fundação SEADE – Microfichas dos Óbitos Gerais por Causas de Morte, resumidas segundo sexo e idade, 1969 a 1971.

DATASUS – SIM, 1979 a 1996.

Em relação à razão de mortalidade proporcional por sexo, observa-se que os óbitos masculinos são predominantes, semelhantes aos que se observam em outras estruturas sociais (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Distribuição percentual do total de óbitos, segundo sexo e períodos estudados, município de Marília/SP.



Fonte: Fundação SEADE – Microfichas dos Óbitos Gerais por Causas de Morte, resumidas, segundo sexo e idade, 1969 a 1971. DATASUS - SIM, 1979 a 1996.

De acordo, com a projeção da população por idade e sexo do município de Marília, 1996 até 2001 pela W4 – Consultoria em Informática e Estatística S/C Ltda. (1996), foi estabelecida uma hipó-

tese para a mortalidade, três para a migração e duas para a fecundidade.

A hipótese formulada para a mortalidade considerou uma tendência decrescente lenta para os níveis da mortalidade, alcançando esperanças de vida ao nascer de 67,25 anos para os homens e 74,50 anos para as mulheres, no período 1996/2001 (W4 – CONSULTORIA EM INFORMÁTICA E ESTATÍSTICA S/C LTDA., 1996).

Para a variável migração, foram formuladas três diferentes hipóteses. A primeira previu uma constância nos níveis da taxa líquida anual de migração: 7,4 por mil habitantes; a segunda retratou um crescimento lento nessa taxa: 9,6 por mil; e a terceira estimou um crescimento rápido chegando a 12,0 em 1996/2001 (W4 – CONSULTORIA EM INFORMÁTICA E ESTATÍSTICA S/C LTDA., 1996).

Para a variável fecundidade, a primeira hipótese formulada previu um decréscimo lento do seu nível atingindo uma taxa de fecundidade total de 2,00 filhos por mulher, em 1996/2001. A segunda hipótese estimou um decréscimo rápido, alcançando um nível ainda menor: 1,80 filhos por mulher (W4 – CONSULTORIA EM INFORMÁTICA E ESTATÍSTICA S/C LTDA., 1996).

- ***Fecundidade***

A população brasileira é predominantemente urbana desde os anos 70. A década de 80 evidenciou uma tendência à distribuição mais homogênea da população. Até a década de 50 ou mesmo 60, as características demográficas do País indicavam uma população bastante jovem, com altas taxas de fertilidade e mortalidade que, apenas, começavam a diminuir. A partir de então, teve início um processo de

redução das taxas de fertilidade que, nos últimos anos, se acelerou. Para o País, em geral, as taxas de fertilidade diminuíram em cerca de 30%, entre 1970 e 1980, diminuição que se verificou em todas as regiões do Brasil, tanto nas zonas urbanas como nas rurais (KALACHE, 1987).

A queda da fecundidade feminina desempenhou papel decisivo na desaceleração do ritmo de crescimento no Estado de São Paulo. No decorrer da década de 80, o número médio de filhos por mulher reduziu-se de 3,4 para 2,5, o que implicou uma redução significativa do número absoluto de nascimentos no Estado (FERREIRA & WALDVOGEL, 1994).

O fluxo migratório no Estado de São Paulo na década de 80, marcado pela recessão econômica, esteve associado ao processo de interiorização do desenvolvimento paulista, que determinou uma sensível recuperação de regiões onde, tradicionalmente, havia perda populacional e à desaceleração do crescimento de áreas metropolitanas (FERREIRA & WALDVOGEL, 1994). A história recente do município de Marília é um exemplo do desenvolvimento paulista.

O processo de urbanização de Marília se dá em 1960, quando a população urbana representava 59,6% da população total. A partir desse ano, a população rural não apresentou nenhum incremento e, nas décadas seguintes, sofreu um visível esvaziamento. Na década de 70, com a modernização do setor industrial, o município de Marília apresentava taxas de crescimento populacional anuais de 0,8%, como observamos na tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição da população e taxas de crescimento anuais, município de Marília/SP, 1940, 1950, 1960, 1970, 1980, 1991 e 1996.

Anos	População	Taxa de crescimento anual (%)
1940	81604	-
1950	86944	0,65
1960	90884	0,46
1970	98178	0,80
1980	121680	2,39
1991	161149	2,95
1996	177632	2,00

Fonte: Censo Demográfico IBGE 1940, 1950, 1960, 1970, 1980, 1991 e 1996.

À medida que a atividade agrícola se integra à forma capitalista de produção, cresce o assalariamento no campo, e as terras, além de adquirirem valor de troca, passaram a ser utilizadas na produção mercantil. O trabalhador do campo transformando-se em assalariado rural, é expulso das terras que ocupa e vai morar na periferia das pequenas e médias cidades, nas condições que se conhecem, é o bóia-fria ou trabalhador volante. Acontece-lhe, também, ser dispensado por causa da modernização, mecanização da lavoura, implantação de novas culturas, sendo, então, forçado a oferecer sua força de trabalho em atividades urbanas, proletarizando-se ou marginalizando-se. Com isso, as funções econômicas das famílias se transformam radicalmente: um grande número de filhos deixa de ser vantagem, para se transformar num ônus (PAULA, 1991).

A fecundidade⁹ das mulheres do município de Marília em 1970 era de 3,9 filhos (Tabela 7). No mesmo ano, o número médio de filhos por mulheres de 15-49 anos residentes em todo o Estado de São Paulo foi de 3,78 (RODRIGUES & GIRALDELLI, 1983).

Tabela 7 – Evolução da fecundidade, município de Marília/SP, 1970, 1980 e 1991.

Anos	Mulheres em idade fértil	Nº de filhos tidos***	Fecundidade Filhos/ mulher
	f	f	
1970*	24.595	96.093	3,9
1980*	32.367	116.193	3,6
1991**	52.458	139.544	2,6

* População feminina com 15 a 49 anos

** População feminina com 10 a 49 anos

*** Nascidos vivos + nascidos mortos

f= frequência absoluta

Fonte: Censo Demográfico, IBGE 1970,1980 e 1991.

⁹ Considerou-se fecundidade:

- Indagou-se para as mulheres de 15 anos e mais o número de filhos nascidos vivos, com discriminação dos nascidos no ano anterior à data do Censo (1-9-69 a 31-8-70) o número de filhos nascidos mortos e o número de filhos vivos na data do Censo, residentes ou não no domicílio (BRASIL, 1973)
- Indagou-se para as mulheres de 15 anos ou mais o número de filhos nascidos vivos, o número de filhos nascidos mortos, o número de filhos vivos na data do Censo, residentes ou não no domicílio, discriminando-se o sexo e a data de nascimento (mês e ano) do último filho nascido vivo. Não constam dos dados divulgados as mulheres que não prestaram informações sobre fecundidade e as que tiveram filhos, e não informaram o número de filhos em qualquer uma das seguintes indagações: filhos tidos nascidos vivos, filhos tidos nascidos mortos ou filhos vivos na data do Censo (BRASIL, IBGE, 1982b).
- Indagou-se para as mulheres de 10 anos ou mais de idade e o número de filhos que moravam no domicílio, o número de filhos que moravam em outro domicílio, o número de filhos nascidos vivos que já tinham morrido e o número de filhos nascidos mortos, discriminando-se o sexo e a data de nascimento (mês e ano) do último filho nascido vivo. Não constam dos dados ora divulgados as mulheres que não prestaram informação sobre fecundidade e as que tiveram filhos, mas não informaram o número de filhos em pelo menos uma das seguintes indagações: filhos tidos que moravam no domicílio, filhos tidos que moravam em outro domicílio, filhos tidos nascidos vivos que já tinham morrido ou filhos tidos nascidos mortos (FUNDAÇÃO IBGE, 1996b).

Durante o período 1970-1980, a fecundidade estimada no município de Marília sofreu uma variação negativa de 7,7%. No Estado de São Paulo, no mesmo período, a variação negativa registrada foi de 6,35% (RODRIGUES & GIRALDELLI, 1983). No período de 1970-1991, a fecundidade sofreu uma variação negativa de 33,3% (ver Tabela 7).

Em contraposição à queda de fecundidade no Estado de São Paulo, observa-se que a contribuição de mães adolescentes foi ascendente a partir do período 1980-1992. Em 1970, a maior taxa de fecundidade específica correspondia às mulheres de 25 a 29 anos. A contribuição das mães adolescentes (15-19 anos) ao total de nascidos vivos também foi ascendente na região de Marília. Em 1980, a proporção de nascidos vivos de mães adolescentes correspondia a 16,1%, 16,5%, em 1986 e 20,8%, em 1992 (MELO, 1994).

A tendência ao declínio da fecundidade nas condições do desenvolvimento brasileiro, parece apontar para a degradação das condições de reprodução social (PAULA, 1991).

O peso da prole aumenta à medida que a economia se moderniza e a demanda de trabalho se diversifica, acolhendo não apenas os homens, mas também as mulheres. A modernização da economia vai pressionar para baixo a fecundidade das famílias não apenas nas faixas inferiores de renda como também das famílias mais prósperas, pois a elevação, nos anos 70, das expectativas de consumo, diante da proliferação de novos produtos e da grande promoção que deles se fez, redefiniu o conceito de necessidade econômica, não só para as famílias das camadas médias, mas também para as de renda mais bai-

xa, entre as quais, embora a sobrevivência seja a questão crucial, passa a haver também um anseio de ampliar e diversificar a cesta de consumo. (BRUSCHINI, 1994)

Deve-se, também, considerar que a crescente proletarianização do trabalhador rural com a penetração do capital industrial vai “*massificar*” as estratégias de sobrevivência da população, transferindo para o setor rural algumas características do “*modus vivendi*” do setor urbano-industrial. Também, a difusão, via veículos de comunicação de massa, vai modificar os costumes e introduzir os métodos anticoncepcionais na população mariliense. (RODRIGUES & GIRALDELLI, 1983)

O comportamento da fecundidade de Marília reflete-se na distribuição da população por sexo e idade.

- ***Estrutura por sexo e idade***

A população do município, em 1970, de 98.178 habitantes (IBGE), era composta de 49.115 mulheres e 49.063 homens. Em 1980, a população de 121.680 habitantes (IBGE), apresentava 61.261 mulheres e 60.419 homens e, em 1991, a população era de 161.149 habitantes (IBGE), 81.864 mulheres e 79.285 homens. Assim, no período de 1970-1980, a população apresentou um acréscimo de 2,39% ao ano e de 2,95% ao ano, no período 1980-1991.

Estudando a relação da estrutura por idade e sexo da população no período 1970-1991 (Tabelas 8, 9 e 10), observa-se o aumento e o envelhecimento da população do município de Marília, caracterizado, pela diminuição em 25,3% da proporção da população menor de 10 anos e aumento da proporção da população maior de 60

anos em 55,2%.

Tabela 8 – Distribuição da população, segundo sexo e faixa etária, município de Marília/SP, 1970.

Faixa Etária (anos)	Feminino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
0 — 4	5.986	12,2	6.119	12,5	12.105	12,3
5 — 9	6.461	13,1	6.656	13,5	13.117	13,4
10 — 19	11.982	24,4	12.000	24,5	23.982	24,4
20 — 29	8.177	16,6	7.563	15,4	15.740	16,0
30 — 39	5.927	12,1	5.727	11,7	11.654	11,9
40 — 49	4.714	9,6	4.850	9,9	9.564	9,7
50 — 59	3.010	6,1	3.275	6,7	6.285	6,4
60a e +	2.817	5,7	2.838	5,8	5.655	5,8
Idade Ignorada	41	0,08	35	0,07	76	0,08
Total	49.115	100,0	49.063	100,0	98.178	100,0

Fonte: Censo Demográfico, IBGE – 1970

Tabela 9 – Distribuição da população, segundo sexo e faixa etária, município de Marília/SP, 1980.

Faixa Etária (anos)	Feminino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
0 — 4	6.921	11,3	7.263	12,0	14.184	11,7
5 — 9	6.445	10,5	6.784	11,2	12.229	10,9
10 — 19	13.663	22,3	13.677	22,6	27.340	22,5
20 — 29	11.554	18,9	11.014	18,2	22.568	18,5
30 — 39	7.594	12,4	7.174	11,9	14.768	12,1
40 — 49	6.049	9,9	5.768	9,5	11.817	9,7
50 — 59	4.408	7,2	4.475	7,4	8.883	7,3
60a e +	4.627	7,5	4.264	7,2	8.891	7,3
Idade Ignorada	-	-	-	-	-	-
Total	61.261	100,0	60.419	100,0	121.680	100,0

Fonte: Censo Demográfico, IBGE – 1980

Tabela 10 – Distribuição da população, segundo sexo e faixa etária, município de Marília/SP, 1991.

Faixa Etária (anos)	Feminino		Masculino		Total	
	f	%	f	%	f	%
0 — 4	7.352	9,0	7.540	9,5	14.892	9,2
5 — 9	7.902	9,7	8.302	10,5	16.204	10,0
10 — 19	16.313	20,0	16.510	20,8	32.823	20,4
20 — 29	14.721	18,0	14.285	18,0	29.006	18,0
30 — 39	12.814	15,7	12.087	15,2	24.901	15,5
40 — 49	8.610	10,5	8.160	10,3	16.770	10,4
50 — 59	6.357	7,8	5.707	7,2	12.064	7,5
60a e +	7.795	9,3	6.694	8,5	14.489	9,0
Idade Ignorada	-	-	-	-	-	-
Total	81.864	100,0	79.285	100,0	161.149	100,0

Fonte: Censo Demográfico, IBGE – 1991

O envelhecimento, entretanto, não foi uniforme entre os sexos. A população feminina, maior de 60 anos, apresentou, no período 1970-1991, um aumento de 176,7%, ao passo que o aumento da população masculina, no mesmo período, foi de 135,9% (Tabelas 8, 9 e 10).

Outra medida que caracteriza a estrutura etária, além de oferecer uma idéia do envelhecimento da população, é a proporção da população dividida em três grupos de idade: de 0 a 15 anos; de 15 a 50 anos e de 50 anos e mais. Avaliando essa distribuição etária para o município de Marília, observa-se que está ocorrendo um deslocamento da importância relativa das crianças para o grupo de pessoas mais velhas, também com maior destaque para o sexo feminino (Tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição percentual da população, segundo sexo e faixa etária, município de Marília/SP, 1970, 1980 e 1991.

Idade	1970		1980		1991	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
0 — 15	37,9	39,1	32,4	34,2	29,0	30,8
15 — 50	50,0	48,3	52,9	51,2	53,9	53,5
50 e mais	11,8	12,5	14,7	14,6	17,1	15,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

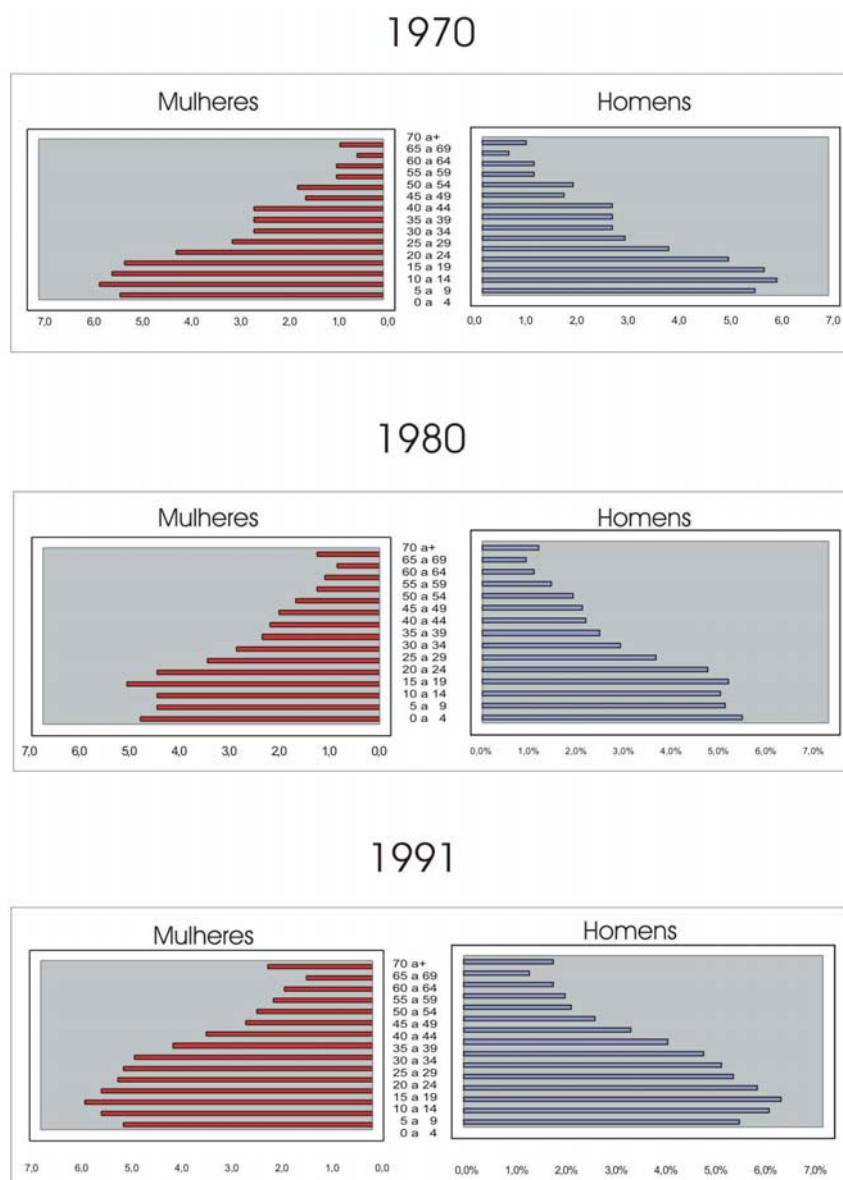
Fonte: Censos Demográficos, IBGE, 1970, 1980 e 1991.

Segundo o critério de Sundbarg (LAURENTI et al., 1987), a população de Marília poderia ser considerada “*progressiva*” em 1970, e *estacionária*, em 1980 e 1991. A população estacionária apresenta baixos coeficientes de mortalidade infantil e de natalidade.

Adotando-se o critério de Whipple (LAURENTI et al., 1987), ela enquadra-se como “*normal*” em 1970, já que aproximadamente 50% dos seus integrantes estão na faixa etária de 15 a 50 anos e apresenta tendência a ser “*acessiva*” nos anos 1980 e 1991, uma vez que há mais de 50,0% da população nessa faixa etária. Essa classificação é a mesma, tanto para o sexo feminino quanto para o masculino.

As pirâmides populacionais de 1970, 1980 e 1991 (figura 1) mostram mudanças demográficas experimentadas pelo Município nesse período. Enquanto as duas primeiras pirâmides são características de um país jovem, a segunda já mostra tendências semelhantes às de uma área desenvolvida.

Figura 1 – Pirâmide populacional (%), município de Marília/SP, 1970, 1980 e 1991.



A razão de dependência¹⁰, que demonstra as alterações da estrutura etária e dimensiona a força de trabalho da população (LAURENTI et al., 1987), caiu de 61,6% em 1980, para 55,5% em 1991,

¹⁰ A razão da dependência é representada pela relação entre a soma do número de habitantes com menos de 15 anos e o número de pessoas com 65 anos ou mais, e o total de habitantes entre os 15 e 64 anos (LAURENTI et al., 1987).

principalmente, à custa da diminuição da população menor de 15 anos e aumento da proporção da população maior de 65 anos.

Assim, verifica-se que a população do município de Marília está em franco processo de envelhecimento, também observado no Brasil. Segundo KALACHE (1987), o Brasil apresenta um processo de rápido envelhecimento populacional que está se processando em meio a condições de vida, para parcelas imensas da população, ainda muito desfavoráveis.

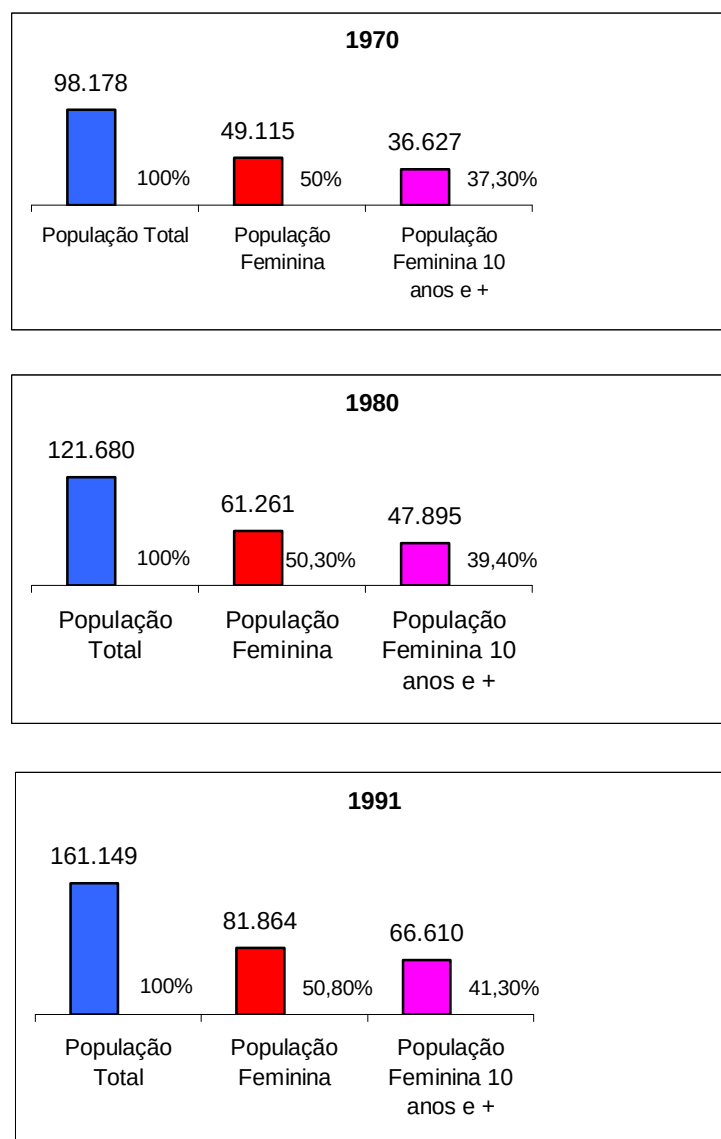
3.2. Participação da Mulher na Vida Econômica e Social

3.2.1. Ocupação

As mudanças no padrão de urbanização e de industrialização do município de Marília não geraram apenas mudanças da estrutura etária da população, mas também, novos empregos e possibilidades de renda e consumo. As respostas possíveis por parte da população vão redefinir a magnitude da população em atividade econômica, sua estrutura por sexo, sua composição por setor e ramo de atividades e suas necessidades de escolarização e saúde.

A participação crescente da população feminina e principalmente, da população feminina com 10 anos e mais em relação à população total, pode ser vista no gráfico 4. Observa-se que, no período 1970-1980, a população feminina com 10 anos e mais apresentou um acréscimo de 30,7% e, no período 1970-1991, de 81,8%.

Gráfico 4 – Participação da população feminina em relação à população total, município de Marília/SP, 1970, 1980 e 1991.



Fonte: Censo Demográfico, IBGE – 1970, 1980 e 1991.

A participação da população feminina com 10 anos e mais, na atividade econômica do município de Marília, foi crescente a cada década estudada. Assim, em 1970, 26,1% da população total em atividade econômica eram mulheres. Em 1980, tínhamos 32,7% e, em 1991, 37,7%. Houve um incremento de 186,5% na população de mulheres em atividade econômica, no período de 1970-1991, ao passo que, no de homens, foi de 67,5% (Tabela 12).

Tabela 12 – Evolução da participação da população feminina em atividade econômica, município de Marília/SP, 1970, 1980 e 1991.

Anos	População em atividade econômica			
	Feminina		Total	
	f	%	f	%
1970	9.433	26,1	36.114	100,0
1980	16.244	32,7	49.570	100,0
1991	27.024	37,7	71.712	100,0

Fonte: Censo Demográfico, IBGE – 1970, 1980 e 1991.

Em 1991, 40,6% da população feminina com 10 anos e mais, encontravam-se ocupadas, havendo, assim, um incremento de 57,9% na taxa de atividade feminina¹¹ em nosso Município no período 1970-1991 (Tabela 13). A taxa de atividade masculina no Município apresentou variação negativa, passando de 73,5% para 70,4% no mesmo período.

Tabela 13 – Evolução da taxa de atividade feminina, município de

¹¹ A taxa de atividade é a relação entre a população em atividade econômica (ocupada) e o total da população de 10 anos e mais. Assim, a taxa de atividade feminina é a relação entre a po-

Marília/SP, 1970, 1980 e 1991.

Anos	População Feminina com 10 anos e mais		
	Total	Em atividade econômica	Taxa (%)
1970	36.627	9.433	25,7
1980	47.895	16.244	33,9
1991	66.610	27.024	40,6

Fonte: Censo Demográfico, IBGE – 1970, 1980 e 1991

Os dados apresentados não são isentos de críticas. Provavelmente, tais dados sub-representam o trabalho feminino:

...“Apesar do considerável volume de atividade que se esconde sob a rubrica afazeres domésticos e que mantém ocupadas mulheres de todas as camadas sociais, o trabalho doméstico não é contabilizado como atividade econômica nos dados censitários. Além disso, em virtude da maior difusão e aceitação social da função reprodutiva das mulheres, a atividade de dona de casa costuma ser declarada como a principal ocupação da respondente, a não ser que ela exerça outras atividades claramente identificadas como profissionais, seja porque são remuneradas, seja porque consomem a maior parte de seu tempo”. (BRUSCHINI, 1996:7)

Além disso, os censos¹² tomam como referência a produção capitalista industrial, escondendo o contexto doméstico, a pequena produção mercantil ou o trabalho familiar não remunerado, especialmente, válido para as mulheres. A atividade doméstica realizada basicamente pelas mulheres, sempre foi classificada nos levantamentos censitários como inatividade econômica, esquecendo-se de que o trabalho da mulher está em toda parte: na comida que é comprada e preparada para só depois ser consumida, na limpeza das casas e das roupas, na organização e gerência do lar, na formação das futuras gerações (BRUSCHINI, 1996).

Apesar dessas considerações, os dados possíveis de serem utilizados para descrever a ocupação das mulheres com 10 anos e mais, do município de Marília, nos anos 1970, 1980 e 1991, são os secundários, apresentadas pelo IBGE. Esses já mostraram que a taxa de atividade feminina do Município, no período 1970-1991, foi crescente (tabela 13).

¹² No Censo de 1970, a má formulação do quesito sobre trabalho contribuiu ainda mais para intensificar a sub-remuneração da atividade feminina. A pergunta: “Se não trabalha, nem procura trabalho qual a ocupação ou situação que tem e considera principal?”, começando com uma dupla negativa, apresentava, como primeira alternativa de resposta, a categoria afazeres domésticos, o que pode ter induzido, muitas respondentes a se declararem inativas pois para a mulher, sobretudo se for casada e mãe, a função reprodutiva é representada como prioritária. No recenseamento de 1980, a reformulação da pergunta: “Trabalhou nos últimos 12 meses, de 01.09.79 a 31.08.80, pergunta 28. Se respondeu *Sim*, assinale o retângulo 0 (trabalhou) e passe para o quesito 30 (qual a ocupação que exerceu habitualmente). Se respondeu *Não*, indique a situação ou ocupação que tem, obedecida a ordem enumerada (a alternativa afazeres domésticos aparece como a oitava alternativa)” teve um efeito significativo na ampliação do número daquelas que se declararam trabalhadoras nesta data. No Censo de 1991 foram mantidas as mudanças feitas no questionário de 1980 relativas à pesquisa sobre trabalho. Mas o questionário ainda aprimorou a pergunta: “Trabalhou em todos ou em parte dos últimos doze meses (01.09.90 a 31.09.91)?”. Se assinalou o retângulo 3 – não trabalhou – passe para a pergunta 58. Nesta, entre as alternativas de resposta, a categoria afazeres domésticos figura em 9º. lugar”. Essa mudança aparentemente pequena, pode ter levado muitas mulheres que exercem esporadicamente atividades econômicas a se declararem trabalhadoras (BRUSCHINI, 1996).

O aumento da taxa de atividade feminina parece ser:

“O resultado de um processo de desenvolvimento econômico que através do processo de urbanização e de industrialização teria propiciado a ampliação das oportunidades de emprego, sobretudo na zona urbana e nas regiões mais dinâmicas do país. Outra interpretação poderia indicar que a deterioração dos salários reais, ocorrida nesse período seria responsável pela incorporação cada vez mais intensa das mulheres à força de trabalho como forma de complementar os orçamentos domésticos em constante redução e, dessa maneira contribuir para a sobrevivência das famílias”.

(BARROSO, 1982:17)

O único segmento que continua a ganhar espaço no mercado de trabalho é o das mulheres que ocuparam 68% das vagas abertas no Brasil, entre 1989 e 1997 (JORNADA, 1999).

Analisando a distribuição percentual da força de trabalho masculina e feminina, observamos que, entre as mulheres, a concentração da força de trabalho no setor terciário é bem maior do que entre os homens, apesar de apresentar uma variação pequena, igual a 8,3%, no período 1970-1991, enquanto, a variação apresentada no setor secundário fora maior, igual a 25,3%, no mesmo período (Tabela 14).

Tabela 14 – Distribuição percentual da força de trabalho segundo sexo, setor de atividades, município de Marília/SP, 1970, 1980 e 1991.

Setor de Atividade	1970		1980		1991	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Primário	33,0	11,0	17,6	6,9	9,7	2,8
Secundário	25,7	13,8	33,5	14,5	33,7	17,3
Terciário	35,0	70,0	44,8	75,2	53,2	75,8
Outras atividades	6,4	5,2	4,1	3,4	3,3	4,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	(26.681)	(9.433)	(33.326)	(16.244)	(44.688)	(27.024)

Fonte: Censo Demográfico, IBGE - 1970, 1980 e 1991.

A distribuição da população, em atividade econômica, por setor e ramo de atividades, obedece à dinâmica do desenvolvimento econômico do município de Marília.

A população em atividade econômica cresceu 98,5% nas duas décadas, e o seu crescimento, no período, por setor de atividade, foi de: 178,0% no setor terciário, 142,0% no setor secundário, 18,0% em outras atividades; no setor primário, sofreu uma queda de 48,0% (tabelas 15, 16 e 17).

Tabela 15 – Distribuição da população ocupada segundo sexo, setor e ramo de atividades, município de Marília/SP, 1970.

Setor e Ramo de Atividades	Feminino		Masculino	
	f	%	f	%
Agrop., Silvicultura, Extr. Veg., caça e pesca	1.041	11,0	8.760	33,0
Primário	1.041	11,0	8.760	33,0
Atividades Industriais	1.306	13,8	6.868	25,7
Secundário	1.306	13,8	6.868	25,7
Comércio de mercadorias	732	7,8	3.633	13,6
Transp., comunicação e Armazenagem	109	1,2	1.477	5,5
Prestação de serviços	4.077	43,2	2.251	8,4
Atividades Sociais	1.507	16,0	873	3,3
Administração Pública	171	1,8	1.107	4,1
Terciário	6.596	70,0	9.341	35,0
Outras Atividades	490	5,2	1.712	6,4
Total	9.433	100,0	26.681	100,0

Fonte: Censo Demográfico, IBGE – 1970

Tabela 16 – Distribuição da população ocupada, segundo sexo, setor e ramo de atividades, município de Marília/SP, 1980.

Setor e Ramo de Atividades	Feminino		Masculino	
	f	%	f	%
Agrop., Silvicultura, Extr. Veg., caça e pesca	1.128	6,9	5.878	17,6
Primário	1.128	6,9	5.878	17,6
Indústria de transformação	2.238	13,8	6.886	20,7
Indústria da construção	30	0,2	3.848	11,5
Outras atividades industriais	82	0,5	430	1,3
Secundário	2.350	14,5	11.164	33,5
Comércio de mercadorias	1.943	12,0	5.169	15,5
Transportes e Comunicações	197	1,2	1.928	5,8
Prestação de serviços	6.084	37,5	4.183	12,5
Atividades Sociais	3.536	21,7	1.840	5,5
Administração Pública	457	2,8	1.816	5,5
Terciário	12.217	75,2	14.936	44,8
Outras Atividades	549	3,4	1.348	4,1
Total	16.244	100,0	33.326	100,0

Fonte: Censo Demográfico, IBGE – 1980

Tabela 17 – Distribuição da população ocupada, segundo sexo, setor e ramo de atividades, município de Marília/SP, 1991.

Setor e Ramo de Atividades	Feminino		Masculino	
	f	%	f	%
Agrop., Silvicultura, Extr. Veg., caça e pesca	762	2,8	4.361	9,7
Primário	762	2,8	4.361	9,7
Indústria de transformação	4.296	15,9	9.231	20,6
Indústria da construção	213	0,8	5.188	11,6
Outras atividades industriais	158	0,6	658	1,5
Secundário	4.667	17,3	15.077	33,7
Comércio de mercadorias	3.868	14,3	8.130	18,2
Transportes e Comunicações	263	1,0	2.633	5,9
Prestação de serviços	8.718	32,3	5.594	12,5
Serviços Auxiliares da Atividade Econômica	725	2,7	1.552	3,5
Atividades Sociais	5.892	21,8	2.795	6,3
Administração Pública	1.013	3,7	3.060	6,8
Terciário	20.479	75,8	23.764	53,2
Outras Atividades	1.116	4,1	1.486	3,3
Total	27.024	100,0	44.688	100,0

Fonte: Censo Demográfico, IBGE – 1991

Assim, o setor de maior expulsão da mão-de-obra, principalmente a masculina, foi o setor primário, reflexo da decadência das culturas de café, algodão e amendoim e predominância da pecuária a partir da década de 60/70. Outro fator importante, também, é que, a partir de 1970, a agricultura passa a apresentar características tipicamente capitalistas: a mão-de-obra empregada passa a ser cada vez mais do tipo assalariada temporária, o espaço agrícola é valorizado, e

a utilização de máquinas e insumos agrícolas cresce.

A modernização do setor industrial, em meados de 70, e a instalação das universidades no início dos anos 80 e sua consolidação, na década de 90, são os fatores de expansão responsáveis pelo crescimento do setor secundário e terciário em nosso Município.

No período estudado, houve um incremento de 186,5% na população de mulheres em atividade econômica. Sua participação no setor secundário do município de Marília cresceu 257,4% no período de 1970-1991, e a presença das mulheres tem destaque na *atividade indústria de transformação* (ver tabelas 15 a 17). Esse quadro, na realidade, reflete o desenvolvimento industrial em nosso Município nesse período, que se fez, principalmente à custa das indústrias de alimentação.

Dentro do setor terciário, a participação da população feminina cresceu 210,5% e apresentou os seguintes incrementos nas respectivas atividades: 428,4% em *comércio de mercadorias*; 291,0% em *atividades sociais* e 114,0% em *prestação de serviços*, no período 1970-1991 (ver tabelas 15 a 17). Incluem-se, na *atividade prestação de serviços*, as funções domésticas remuneradas: arrumadeiras, babás, cozinheiras, faxineiras, lavadeiras, governantas e mordomos, empregados domésticos não especializados e outras ocupações do serviço doméstico (FUNDAÇÃO IBGE, 1996).

A maioria das mulheres que trabalham fora de seus lares dedica-se a um pequeno número de ocupações. Mais de 80% do contingente feminino ativo de 1970 trabalhavam em apenas 10 ocupações, todas elas consideradas de baixo prestígio e remuneração: empregadas

domésticas (27%), trabalhadoras rurais (18%), professoras primárias (9%), funcionárias de escritórios (8%), costureiras (6%), (BARROSO, 1977 apud BARROSO, 1982). Esse fato estaria acentuando-se ao longo dos anos. Em meados dos anos 80 e nos anos 90, as mulheres ocuparam mais de 60% das vagas de: costureira, professora de 1º grau, secretária, telefonista, enfermeira, recepcionista, professora de 2º grau, cozinheira, auxiliar contábil/caixa, datilógrafa/estenógrafa (gráfico 5).

Gráfico 5 – Brasileiras ocupam mais de 60% das vagas de trabalho

Ocupações	1988	1992	1995	
Costureira	93,7	93,8	92,9	
Professora de 1º. Grau	89,6	89,0	88,9	
Secretária	89,2	88,7	87,7	
Telefonista	86,3	87,7	86,9	
Enfermeira	84,3	85,5	84,2	
Recepcionista	80,6	81,3	81,7	
Professora de 2º. Grau	72,4	70,4	69,8	
Cozinheira	65,9	68,4	69,6	
Auxiliar Contábil/Caixa	58,6	62,2	66,1	
Datilógrafa/Estenógrafa	67,9	-	64,7	

Fonte: RAIS, 1995 apud LEIVA FILHO, 1999.

3.2.2. *Escolaridade*

Se o desenvolvimento econômico, o processo de urbanização e a modernização industrial do município se destacam como forças incorporadoras da mão-de-obra feminina à atividade produtiva remunerada, devem-se considerar outras variáveis determinantes da

participação da mulher no mercado de trabalho. Uma delas é a escolaridade: “*existe uma relação positiva entre as taxas de participação e o nível educacional da mulher*” (BARROSO, 1982). Essa relação foi observada no município de Marília/SP.

Observa-se uma relação positiva, ao longo dos anos, entre o crescimento da participação feminina no mercado de trabalho e a queda da proporção de mulheres sem instrução, ou a melhoria do grau de escolaridade da população feminina do município de Marília (Tabela 18).

Tabela 18 – Distribuição das taxas de atividade e de escolaridade segundo anos de estudo da população feminina, município de Marília/SP, 1970, 1980 e 1991.

Anos	Taxa de atividade	Escolaridade (anos de estudo)	
	feminina (%)	s/ instrução (%)	≥ 12 anos (%)
1970*	25,7	33,5	5,4
1980*	33,9	25,4	6,3
1991**	40,6	11,9	16,1

Notas: * Os dados de 1970 e 1980 do município de Marília, segundo escolaridade (anos de estudo), referem-se à população feminina de 5 anos e mais.

** Os dados de 1991 do município de Marília, segundo escolaridade (anos de estudo) referem-se à população feminina de 10 anos e mais estimada.

Fonte: Censo Demográfico, IBGE 1970, 1980 e 1991.

Analisando dados censitários sobre a participação de homens e mulheres na força de trabalho (Bruschini, 1978 apud BARRO-

SO, 1982), mostrou que, para as mulheres das classes menos favorecidas e com baixo nível de instrução, as possibilidades de trabalho limitavam-se às ocupações relativas à prestação de serviços quase sempre como empregadas domésticas ou lavradoras. A mulher de instrução mais elevada, em geral, vai alocar-se nas ocupações técnicas, científicas e afins, quando ingressa no mercado de trabalho. No entanto, o exame da distribuição interna desse conjunto de ocupações mostra a intensa concentração de mulheres no magistério e em suas funções auxiliares. As mulheres de nível médio de instrução são as que viram aumentadas, nas últimas décadas, as oportunidades de emprego, tanto nas ocupações administrativas como naquelas ligadas ao comércio.

A escolaridade (anos de estudo) da população feminina do município de Marília sofreu um incremento bastante significativo: as mulheres de 5 anos e mais, com menos de 4 anos de estudo, em 1970, correspondiam a 28,0% e, em 1980, a 22,3%; também houve um incremento de 19,0% e de 126,0% na escolaridade feminina de 4 a 7 anos e de 8 a 12 anos de estudo, respectivamente, no período 1970-1980. Em 1991, os dados censitários mostraram que as mulheres de 10 anos e mais, do município de Marília, apresentaram um incremento expressivo em sua escolaridade (Tabela 19).

Tabela 19 – Distribuição percentual da escolaridade das mulheres, segundo anos de estudo, município de Marília/SP, 1970, 1980 e 1991.

Escolaridade (anos de estudo)	1970* %	1980* %	1991** %
1 ____ 4	28,1	22,3	17,7
4 ____ 8	26,2	31,2	37,2
8 ____ 12	6,5	14,7	17,0
≥ 12	5,4	6,3	16,1
Sem instrução	33,5	25,4	11,9
Não determinada	0,2	0,005	0,1
Total	100,0 (43.129)	100,0 (54.340)	100,0 (66.610)

Notas: * População feminina de 5 anos e mais.

** População feminina de 10 anos e mais. A população feminina foi estimada a partir das proporções de escolaridade observadas na população geral e aplicadas à população feminina de 10 anos e mais, igual a 66.610 mulheres.

Fonte: Censo Demográfico, IBGE 1970, 1980 e 1991.

O incremento da escolaridade, aliado ao desenvolvimento econômico do município, com expansão do mercado, além de propiciar o aumento das taxas de atividade feminina, vai incrementar em 291,0% e 492,4%, a participação da população feminina, respectivamente, nas *atividades sociais e de administração pública* (ensino, assistência médico-hospitalar, previdência social, etc), enquanto a atividade *prestação de serviços* teve incremento de 114,0%, no período 1970-1991 (ver tabelas 15 a 17).

Mais escolarizadas, as mulheres deixaram de ver as responsabilidades domésticas e maternas como sua única função na sociedade. Seu desafio agora é romper os redutos profissionais masculinos

e alcançar os cargos de liderança e igualdade salarial com os homens.

3.2.3. *Rendimentos e responsabilidade familiar*

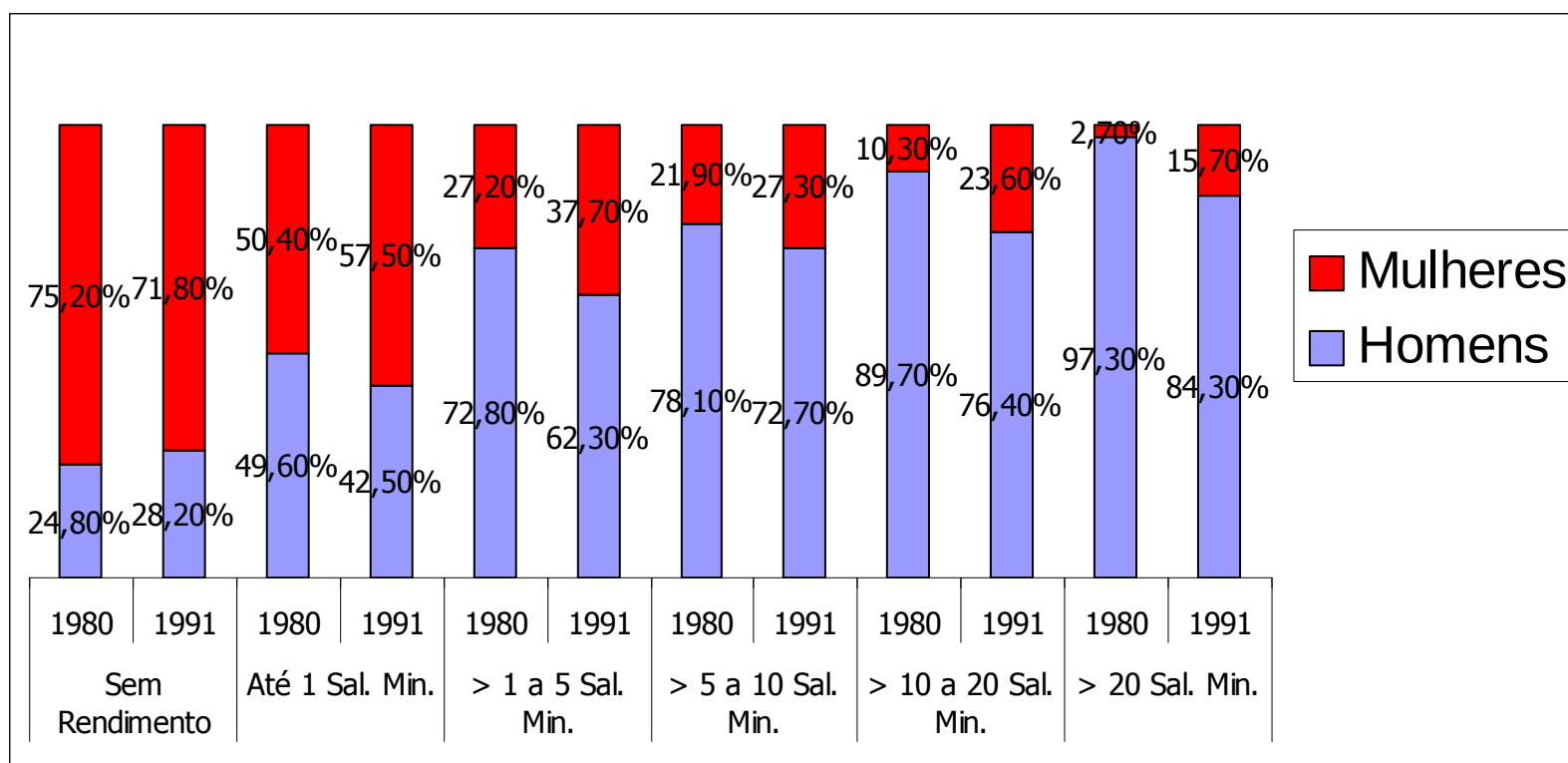
A melhoria na escolaridade e o ingresso no mercado não garantiram ao sexo feminino salários iguais aos dos homens. Entre os fatores apontados para que isso ocorra, três se destacam: os “nichos” de mercado (muitos de baixos salários, como a atividade doméstica), o “risco mulher,” que se transforma na conta dos empregadores em um “custo mulher” (a possibilidade de gravidez e suas responsabilidades em casa, o que induziria à ausência no trabalho) e o fato de as mulheres ainda estarem restritas aos cargos de gerência e não de liderança (LEIVA FILHO, 1999).

“A ideologia, largamente difundida em nossa sociedade e internalizada pelas próprias mulheres, de que os rendimentos auferidos no trabalho seriam apenas complementares ao orçamento doméstico poderia contribuir para explicar os salários mais baixos das mulheres em relação ao salário do homem mesmo quando realizam tarefas semelhantes”

(BARROSO, 1982:24).

No município de Marília, a mulher só consegue alguma igualdade salarial nas faixas de renda mais baixas. Em 1980, entre os que ganhavam até um salário mínimo, 50,4% eram mulheres, em 1991, este percentual era de 57,5%. Entre os que recebiam mais de vinte salários, 2,7% eram mulheres, em 1980 e 15,7%, em 1991 (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Participação proporcional (%) dos sexos em diferentes faixas de rendimentos, município de Marília/SP, 1980 e 1991



Fonte: Censo Demográfico, IBGE, 1980 e 1991.

Doze por cento (12,0%) das mulheres que trabalhavam em 1980, ganhavam até um salário mínimo. Em 1991, houve um incremento de 40,8%.

Nos anos 80, a maior proporção das mulheres (58,5%) concentrava-se na faixa sem rendimento médio mensal, seguida da faixa entre meio a um salário mínimo, enquanto os homens se concentravam na faixa de um a dois salários mínimos. Em 1991, as mulheres sem rendimento médio mensal, continuavam a predominar (49,2%), mas 17,4% apresentaram um rendimento médio mensal entre um a dois salários mínimos, rendimento que concentrava a maior parte dos homens (Tabelas 20 e 21).

Tabela 20 – Distribuição da população de 10 anos e mais, segundo sexo e rendimento médio mensal, município de Marília/SP, 1980.

Rendimento Médio Mensal	Feminino		Masculino	
	f	%	f	%
≤ ½ Salário Mínimo (SM)	-	-	-	-
> ½ SM e = a 1 SM	5.739	12,0	5.658	12,2
> 1 SM e = a 2 SM	5.547	11,6	12.909	27,8
> 2 SM e = a 3 SM	1.583	3,3	5.201	11,2
> 3 SM e = a 5 SM	1.408	2,9	4.727	10,2
> 5 SM e = a 10 SM	965	2,0	3.440	7,4
> 10 SM e = a 20 SM	198	0,4	1.732	3,7
> 20 SM	24	0,05	859	1,8
Sem rendimento	28.010	58,5	9.215	19,9
Sem declaração	114	0,2	139	0,3
Ignorado	4.307	9,0	2.484	5,5
Total	47.895	100,0	46.372	100,0

Fonte: Censo Demográfico, IBGE – 1980

Tabela 21 – Distribuição da população de 10 anos e mais, segundo sexo e rendimento médio mensal, município de Marília /SP, 1991.

Rendimento Médio Mensal	Feminino		Masculino	
	f	%	f	%
≤ ½ Salário Mínimo (SM)	3798	5,7	2.642	4,2
> ½ SM e = a 1 SM	7.439	11,2	5.648	8,9
> 1 SM e = a 2 SM	11.539	17,4	14.472	22,8
> 2 SM e = a 3 SM	4.022	6,0	8.662	13,6
> 3 SM e = a 5 SM	3.037	4,5	7.637	12,0
> 5 SM e = a 10 SM	2.329	3,5	6.200	9,8
> 10 SM e = a 20 SM	861	1,3	2.782	4,4
> 20 SM	320	0,5	1.712	2,7
Sem rendimento	32.790	49,2	12.874	20,3
Sem declaração	475	0,7	716	1,1
Ignorado	-	-	98	0,2
Total	66.610	100,0	63.443	100,0

Fonte: Censo Demográfico, IBGE – 1991

Enquanto a população feminina com 10 anos e mais cresceu 39,1% no período de 1980 a 91 (ver gráfico 4), o estrato sem rendimento cresceu 17,1%, ou seja, teve sua participação reduzida em termos proporcionais. Por outro lado, a participação em todos os estratos de rendimentos, cresceu muito além do crescimento populacional, sobretudo nos estratos mais elevados, segundo se vê a seguir (Tabela 22).

Tabela 22 – Distribuição da população de 10 anos e mais, e crescimento populacional no período, segundo os estratos de rendimentos e sexo, município de Marília/SP, 1980 e 1991.

Estratos de Rendimentos	População	
	Feminina 80/91 f	Masculina 80/91 f
Até 1 S.M.	5.739	5.658
	11.237	8.290
Δ (%)	95,8	46,5
> 1 = 5 S.M.	8.538	22.837
	18.598	30.771
Δ (%)	117,8	34,7
> 5 = 10 S.M.	965	3.440
	2.329	6.200
Δ (%)	141,3	80,2
> 10 = 20 S.M.	198	1.732
	861	2.782
Δ (%)	334,8	60,6
> 20 S.M.	24	859
	320	1.712
Δ (%)	1.233,3	99,3
Sem rendimento	28.010	9.215
	32.790	12.874
Δ (%)	17,1%	39,7

Nota: $\Delta (\%) = \left[\frac{(\text{pop. 1991} - \text{pop. 1980})}{\text{pop. 1980}} \right] \times 100$

Fonte: Censo Demográfico, IBGE, 1980 e 1991.

A participação da população masculina, nos estratos de rendimentos mais elevados, cresceu, mas de forma menos acentuada que a das mulheres.

Entretanto, não se pode perder de vista que a grande maioria dos chefes de família, na sociedade mariliense, ganha menos que cinco salários mínimos por mês, o que é insuficiente para manter a família com mais ou menos

cinco pessoas. As mulheres e, mesmo, as crianças têm-se incorporado no mercado de trabalho para socorrer essa situação, e o capital (industrial, comercial, agrário, etc.), aproveita para explorar mais.

Essa situação torna-se particularmente dramática, quando, além dos rendimentos insuficientes, se observa que a mulher teve sua participação maior como chefe de família ao longo dessas duas décadas, em Marília (Tabela 23).

Tabela 23 – Distribuição das famílias, segundo chefia e sexo, município de Marília/SP, 1970, 1980 e 1991.

Anos	Nº de famílias	Chefia			
		Mulher		Homem	
		f	%	f	%
1970	20.513	2.272	11,1	18.241	88,9
1980	28.561	3.902	13,7	24.659	86,3
1991	43.554	8.134	18,7	35.420	81,3

Fonte: Censo Demográfico, IBGE 1970, 1980 e 1991.

Assim, os dados indicam que embora tenha havido um aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, ela continua sendo um trabalhador discriminado que ganha, em geral, salários mais baixos, raramente, ocupa postos de chefia e se vê segregada em verdadeiros “*guetos ocupacionais*”. Além disso, suas possibilidades enquanto trabalhadora são, em grande parte, condicionadas por sua posição na família, à medida que a inexistência de equipamentos coletivos faz dela a única responsável pelo bem-estar de todos os seus membros. Verifica-se, também, que grande parte da população feminina, considerada inativa, está, realmente, ocupada. Ganhando até um salário, e muitas tendo de administrar a casa e cuidar dos filhos, acabam sujeitas à dupla jornada.

Isso não quer dizer, porém, que não esteja havendo um ingresso constante e significativo de elementos do sexo feminino em atividades de remuneração mais alta. Ao contrário, observa-se que, no período de 1980-1991, a mulher ampliou sua presença entre os trabalhadores em todas as faixas de renda, inclusive nas mais elevadas, o que, a longo prazo e desde que acompanhado de mudanças estruturais indispensáveis, poderá representar ganhos significativos para as trabalhadoras.

3.3. Perfil da Mortalidade Feminina

3.3.1. Mortalidade feminina por idade

A idade é uma variável que se associa a problemas específicos de saúde. A mulher está exposta a uma ampla gama de riscos para sua saúde, desde os problemas da adolescência e complicações da gestação e do parto, até as doenças crônicas degenerativas da velhice. As *causas externas* atingem, principalmente, a mulher jovem. Na vida adulta, a mulher requer atenção especial aos problemas relacionados com sua função reprodutiva. Nas faixas mais tardias, aparecem as enfermidades cardiovasculares e os tumores. Portanto, o conhecimento das necessidades de saúde da mulher, em relação à idade, é útil para definir prioridades e gerar ações de saúde específicas.

A primeira constatação que se faz é a progressiva perda de importância do estrato de menores de 10 anos na partilha proporcional dos óbitos, ao longo da década em estudo (1980 – 1991), passando de 23,7% em 1980 a menos que 10% em 1991 (Tabela 24).

Tabela 24 – Distribuição de frequências dos óbitos femininos, segundo faixa etária e períodos, município de Marília/SP.

Faixa Etária (anos)	1980*		1991*	
	f	(%)	f	(%)
< 10	247	(23,7)	118	(9,5)
≥ 10	796	(76,2)	1118	(90,2)
Total**	1043	(100)	1236	(100)

Notas: * Referem-se a triênios que têm os anos censitários no centro.

** Excluídos os óbitos com idade ignorada:

- 1 óbito, 1980

- 3 óbitos, 1991

Fonte: DATASUS – SIM, 1979 – 1996.

A partir dos 10 anos, o perfil dos óbitos por idade mostra seu deslocamento para idades mais avançadas, concentrando-se na faixa etária de 60 anos e mais, que passa a conter mais que 70% dos óbitos nos anos 90 (Tabela 25).

Tabela 25 – Distribuição de frequências dos óbitos femininos de 10 anos e mais, segundo faixa etária e períodos, município de Marília/SP.

Faixa Etária (anos)	1980*		1991*	
	f	(%)	f	(%)
10 – 19	14	(1,8)	18	(1,6)
20 – 39	65	(8,2)	85	(7,6)
40 – 59	183	(23,0)	205	(18,3)
60 e +	534	(67,0)	810	(72,5)
Total**	796	(100)	1118	(100)

Notas: * Referem-se a triênios que têm os anos censitários no centro.

** Excluídos os óbitos com idade ignorada:

- 1 óbito, 1980

- 3 óbitos, 1991

Fonte: DATASUS – SIM, 1979 – 1996.

O coeficiente de mortalidade feminina, da população com 10 anos e mais de idade, permaneceu, praticamente, constante no período (Tabela 26).

Tabela 26 – Coeficiente de mortalidade anual (óbitos por 1000) das mulheres com 10 anos e mais de idade, município de Marília/SP, 1980-1991.

Períodos	Coeficiente de Mortalidade
1980*	5,5
1991*	5,6

Nota: * Referem-se a triênios que têm os anos censitários no centro.

Fonte: DATASUS – SIM, 1979 – 1996.

No entanto, considerando-se as alterações demográficas ocorridas na década de 80 (Figura 1), realizou-se a padronização do coeficiente de mortalidade anual das mulheres com 10 anos e mais por faixa etária, segundo a população mundial¹³, o que resultou nos seguintes valores:

“1980” – 6,2‰

“1991” – 5,4‰

Desse modo, observou-se, no período, redução do risco de morte das mulheres com 10 anos e mais, porém menor que o observado na população geral (ver Tabela 4).

Ao se considerar o risco de morrer experimentado pela população feminina com 10 anos e mais por faixa etária, nos dois momentos do período em foco, observa-se que ele é crescente com o passar da idade, sendo dezenas de vezes maior a partir dos sessenta anos em relação à faixa dos 10 – 19 anos. Observa-se, também, uma discreta tendência à redução do risco de morrer a partir

¹³ PEREIRA, M. G. *Epidemiologia Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1995. cap.9, p.213.

dos 40 anos de idade, no período (Tabela 27 e Gráfico 7).

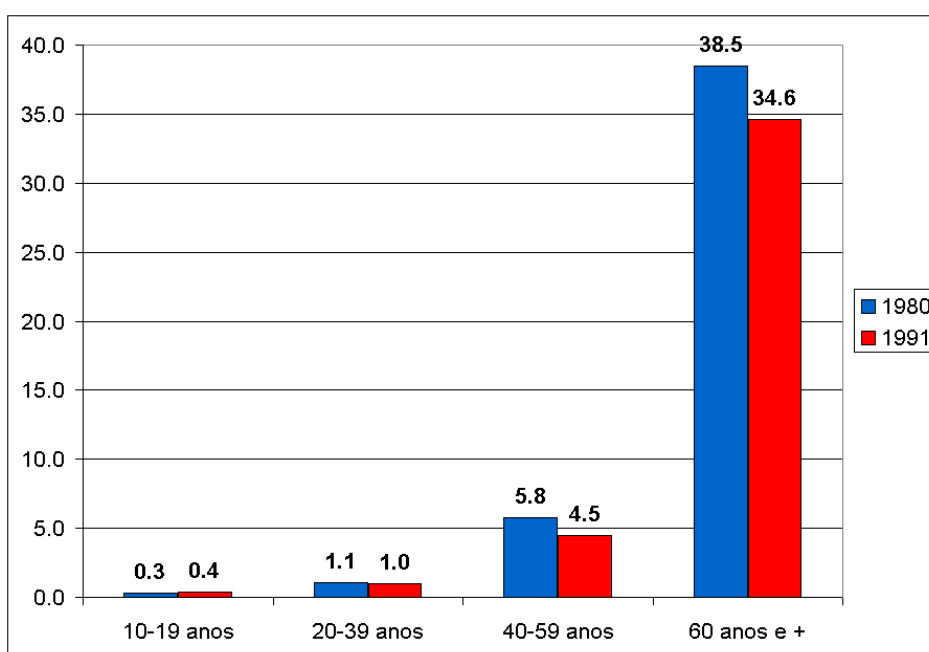
Tabela 27 – Coeficiente de mortalidade anual (óbitos por 1000) das mulheres com 10 anos e mais, segundo faixa etária e períodos, município de Marília/SP.

Faixas etárias (anos)	Períodos	
	1980*	1991*
10 – 19	0,3	0,4
20 – 39	1,1	1,0
40 – 59	5,8	4,5
60 ^a e +	38,5	34,6
Total	5,5	5,6

Nota: * Referem-se a triênios que têm os anos censitários no centro.

Fonte: DATASUS – SIM, 1979 – 1996.

Gráfico 7 – Coeficiente de mortalidade anual (óbitos por 1000) das mulheres com 10 anos e mais de idade, segundo faixa etária e períodos, município de Marília/SP.



Nota: Referem-se a triênios que têm os anos censitários no centro.

Fonte: DATASUS – SIM, 1979 – 1996.

3.3.2. *Mortalidade feminina por causas*

O perfil de causas de óbitos de mulheres com 10 anos e mais, nos dois momentos considerados, encontra-se na Tabela 28.

Tabela 28 – Distribuição de frequências dos óbitos das mulheres com 10 anos e mais de idade, segundo grupos de causas e períodos, município de Marília/SP.

Grupo de Causas**		1980*		1991*	
		f	%	f	%
I	– Doenças Infecciosas e Parasitárias	23	2,9	33	3,0
II	– Neoplasmas	104	13,0	169	15,1
III	– D. Glândulas Endócrinas, Nutrição, Metabolismo e Transtornos Imunitários	43	5,4	61	5,5
IV	– D. Sangue e Órgãos Hematopoéticos	2	0,2	6	0,5
V	– Transtornos Mentais	3	0,4	3	0,3
VI	– D. Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	11	1,4	18	1,6
VII	– D. Aparelho Circulatório	372	46,7	393	35,1
VIII	– D. Aparelho Respiratório	59	7,4	105	9,4
IX	– D. Aparelho Digestivo	31	3,9	51	4,5
X	– D. Aparelho Geniturinário	14	1,8	19	1,7
XI	– Complicações da Gravidez, Partos e Puerpério	4	0,5	4	0,4
XII	– D. da Pele e Tecido Celular Subcutâneo	2	0,2	3	0,3
XIII	– D. Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo	1	0,1	4	0,4
XIV	– Anomalias Congênitas	2	0,3	3	0,3
XVI	– Sinais, Sintomas e Afecções Mal Definidas	84	10,6	183	16,4
XVII	– Causas Externas	41	5,2	63	5,6
Total		796	100,0	1.118	100,0

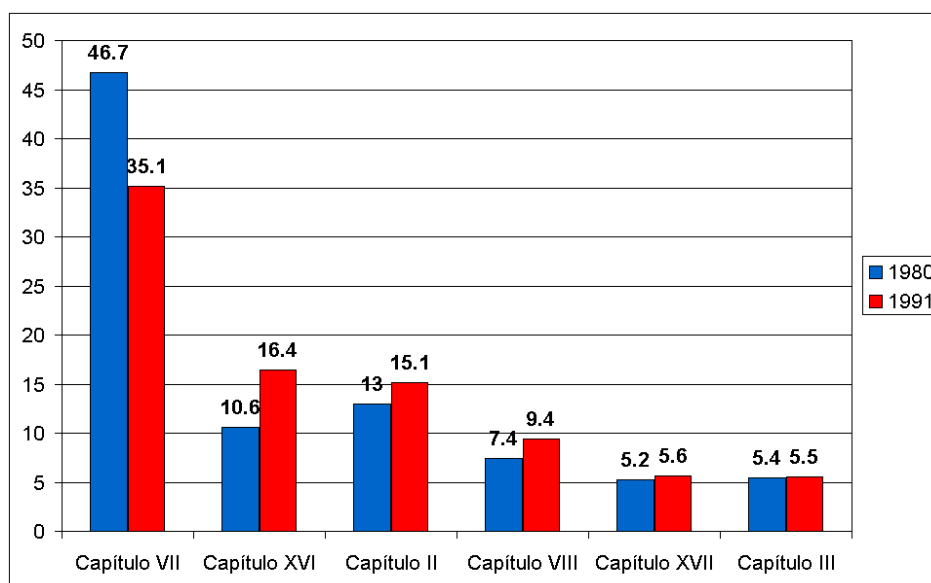
Notas: * Referem-se a triênios que têm os anos censitários no centro.

** Segundo os capítulos da CID, 9ª Revisão.

Fonte: DATASUS – SIM, 1979 – 1996.

Observa-se, a partir da mortalidade proporcional, que os principais grupos de causas em 1991, em ordem decrescente de importância foram: *doenças do aparelho circulatório; sinais, sintomas e afecções mal definidas; neoplasmas; doenças do aparelho respiratório; causas externas e d. das glândulas endócrinas, nutrição, metabolismo e transtornos imunitários* (Tabela 28). Em 1980, as seis principais causas de óbito são as mesmas de 1991, observando-se, no entanto, uma ordenação diferente. Essas alterações podem ser melhor visualizadas no Gráfico 8.

Gráfico 8 – Mortalidade proporcional das mulheres com 10 anos e mais, segundo os seis principais grupos de causas* e períodos**, município de Marília/SP.



Notas: * Segundo os Capítulos da CID, 9ª Revisão.

** Referem-se a triênios que têm os anos censitários no centro.

Fonte: DATASUS – SIM, 1979 – 1996.

Apesar de o coeficiente de mortalidade anual das mulheres com 10 anos e mais reduzir-se no período estudado, o risco de morrer pelos principais grupos de causas, mostrou-se em tendência crescente (Tabela 29).

Tabela 29 – Coeficiente de mortalidade anual (óbitos por 100.000) das mulheres com idade igual ou superior a 10 anos, por grupos de causas e períodos, município de Marília/SP.

Grupos de Causas**	1980*	1991*
I – Doenças Infecciosas e Parasitárias	16,0	16,5
II – Neoplasmas	72,4	84,6
III – D. Glândulas Endócrinas, Nutrição e Metabolismo e Transtornos Imunitários	29,9	30,5
IV – D. Sangue e Órgãos Hematopoéticos	1,4	3,0
V – Transtornos Mentais	2,1	1,5
VI – D. Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	7,6	9,0
VII – D. Aparelho Circulatório	258,9	196,6
VIII – D. Aparelho Respiratório	41,0	52,5
IX – D. Aparelho Digestivo	21,6	25,5
X – D. Aparelho Geniturinário	9,7	9,5
XI – Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério***	39,4	43,7
XII – D. Pele e Tecido Celular Subcutâneo	1,4	1,5
XIII – D. Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo	0,7	2,0
XIV – Anomalias Congênitas	1,4	1,5
XVI – Sinais, Sintomas e Afecções Mal Definidas	58,4	91,6
XVII – Causas Externas	28,5	31,5

Notas: * Referem-se a triênios que têm os anos censitários no centro.

** Segundo os Capítulos da CID, 9^a Revisão.

*** Refere-se ao Coeficiente de Mortalidade Materna (óbitos por 100.000 n.v.) dos triênios em estudo. Para o cálculo deste Coeficiente, utilizou-se no denominador o número de nascidos vivos do município de Marília em 1980 e 1991, respectivamente iguais a 3395 e 3049.

Fonte: DATASUS – SIM, 1979 – 1996.

Verificou-se que houve aumento no risco de morrer na maioria dos grupos de causas com exceção de: *transtornos mentais; doenças do aparelho circulatório e do aparelho geniturinário*, quando comparados os períodos 1980

e 1991 (Tabela 29). Das seis principais causas de óbito, já abordadas, chama a atenção a redução de 1,3 vezes no risco de morrer por *doenças do aparelho circulatório* e a elevação de 1,5 vezes do risco de morrer por *sinais, sintomas e afecções mal definidas*. Cabe indagar se teria ocorrido redução real do risco de morrer por *doenças do aparelho circulatório* ou se os óbitos migraram para o grupo de *sinais, sintomas e afecções mal definidas*, sugerindo assim, uma possível piora na assistência médica à saúde da mulher.

É preciso chamar atenção para o grupo de causas “*Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério*”. Os quatro óbitos maternos ocorridos em 1980, foram devidos a *causas obstétricas diretas*. Em 1991, três óbitos maternos foram devidos a *causas obstétricas diretas* e um a *causas obstétricas indiretas*. Assim, as *causas maternas*, em 1980, foram responsáveis por 0,5% e, em 1991, por 0,4% do total de óbitos das mulheres com 10 anos e mais (Tabela 28). No entanto, o coeficiente de mortalidade materna de 39,4 passou para 43,7 óbitos por 100.000 n.v. na década em estudo (Tabela 29). Sabe-se, entretanto, que esses valores estão subestimados, pois sabe-se que existem atestados de óbito com informações imprecisas e inadequadas, que estão associadas com as *causas maternas*, e essas não foram registradas. De fato, SALGADO NETTO (1992) observou a subnumeração de mortes maternas no município de Marília, no período 1989-1990, quando, após a correção dos atestados de óbito, o coeficiente de mortalidade materna de 84,0 passou a 101,2 óbitos maternos em 100 mil nascidos vivos. Esse resultado foi compatível com os dados obtidos por LAURENTI et al. (1990a), 99,6/100.000 n.v. para o município de São Paulo em 1986. Esses valores são considerados altos, levando-se em conta que, em áreas desenvolvidas, excepcionalmente ultrapassam a 25,30 por 100.000 n.v., embora, em alguns países europeus, girem ao redor de 5 a 8 por 1000.000 n.v. (LAURENTI, 1989).

3.3.3. *Mortalidade feminina por escolaridade*

O nível de escolaridade é uma característica representativa da posição social da mulher.

A educação é uma variável bastante importante, facilita o acesso das mulheres ao mercado de trabalho. Há uma relação direta entre os níveis e natureza de atividade e a mais elevada escolaridade. Observa-se que, nas mulheres sem instrução ou com níveis de mais baixa instrução, quando trabalham, são maiores as porcentagens de trabalho ocasional e sazonal, em geral vinculados ao mercado não regulado ou informal. Por outro lado, mulheres mais instruídas são empregadoras e, quando empregadas, estão no mercado formal de trabalho com proteção da legislação social. Portanto, em formações sociais, capitalistas, industrializadas, urbanas, ter instrução é ter acesso a emprego, maiores rendimentos, casa, alimento, assistência; é ter a possibilidade de ser saudável.

Em Marília, 62,0% das mulheres falecidas em 1980 não tinham nenhuma escolaridade. Em 1991, esse contingente foi igual a 38,0%. Considerando-se a escolaridade até o 1º grau, tivemos 79,0% dos óbitos em 1980 e 89,2% em 1991 (Tabela 30).

Tabela 30 – Distribuição dos óbitos das mulheres com 10 anos e mais de idade, segundo escolaridade e períodos, município de Marília/SP.

Escolaridade	1980*		1991*	
	f	%	f	%
Nenhuma	494	62,0	425	38,0
1º Grau	135	17,0	573	51,2
2º Grau	13	1,6	33	3,0
Superior	6	0,8	13	1,2
Ignorado	148	18,6	74	6,6
Total	796	100,0	1.118	100,0

Nota: * Referem-se a triênios que têm os anos censitários no centro.
 Fonte: DATASUS – SIM, 1979–1996.

Há fortes indícios de que o risco de morrer elevou-se na década de 80 (1980-1991), mesmo para as mulheres com maior escolaridade (≥ 8 anos), apesar de que o maior aumento tenha ocorrido nas mulheres com “1º grau” (11—8 anos) (Tabela 31). O risco de morrer entre mulheres com 10 anos e mais “sem instrução”, elevou-se 1,2 vezes na década de 80, entre as com escolaridade de “1º grau”, elevou-se 2,8 vezes e, entre aquelas com “2º grau e grau superior” elevou-se 1,2 vezes. No entanto, são as mulheres “sem instrução” que sofreram o maior risco de morrer, sendo 25,5 vezes maior que o grupo de maior escolaridade em 1980 e 25,9 vezes em 1991. Por sua vez, o risco de morrer das mulheres com “1º grau”, comparando-as com as de maior escolaridade, variou de 3,4 vezes em 1980 para 7,6 vezes em 1991 (Tabela 31). Esse quadro sugere um agravamento da situação de saúde das mulheres, especialmente do estrato social “1º grau”, provavelmente por perda do poder aquisitivo, elevação da carga de trabalho, exposição a situações extenuadoras e nocivas à saúde e, também por uma inadequada assistência médica.

Tabela 31 – Coeficiente de mortalidade anual (óbitos por 1.000) das mulheres com 10 anos e mais de idade, segundo escolaridade e períodos, município de Marília/SP.

Escolaridade (anos de estudos)	1980*			1991*		
	Pop.	Óbitos	Coef.	Pop.	Óbitos	Coef.
Sem instrução	11.741	494	14,02	7.926	425	17,87
1º Grau (1 — 8)	24.725	135	1,82	36.569	573	5,22
2º Grau e + (≥ 8)	11.426	19	0,55	22.048	46	0,69
Sem informação	3	148	-	67	74	-
Total	47.895	796	5,5	66.610	1.118	5,6

Nota: * Referem-se a triênios que têm os anos censitários no centro.

Fontes: Censo Demográfico, IBGE – 1980 e 1991.

DATASUS – SIM, 1979–1996.

3.3.4. *Mortalidade feminina por idade e principais causas*

O risco de morrer por *doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários* que, em 1980, se concentrou na faixa etária de 60a+, em 1991, atingiu, também, as mulheres adultas jovens, o mesmo comportamento foi observado com as *doenças do aparelho digestivo* (Tabelas 32 e 33). O risco das *doenças do aparelho respiratório* que, em 1980, se concentrava a partir dos 40 anos, em 1991, apresentou-se desde a adolescência. Esses dados sugerem uma antecipação do risco de morrer por essas causas.

O risco de as mulheres morrerem, por *doenças infecciosas e parasitárias*, permaneceu na década em estudo (Tabela 29) e foi crescente com a idade em 1980 (Tabela 32). Dentre esse grupo de causas, destacam-se as *rickettsioses e outras doenças transmitidas por artrópodes*, respondendo por 60,0% dos óbitos de 20-59 anos. Em 1991, esse grupo é a sexta causa de óbito nas mulheres de 40-59 anos (Tabela 33), em que as *rickettsioses* também são responsáveis por 57,0% dos óbitos desse grupo. A presença das *doenças infecciosas e parasitárias* entre as principais causas de óbito, chama a atenção, pelo fato de não se observar isso em áreas desenvolvidas (LAURENTI, 1989), sendo, portanto, manifestação da existência de condições de reprodução social que incluem deterioração do consumo básico de habitação, saneamento e assistência médico-sanitária.

Tabela 32 – Coeficiente de mortalidade anual (óbitos por 100.000) das mulheres com 10 anos e mais de idade, em ordem decrescente, segundo os seis principais grupos de causas, faixas etárias, município de Marília/SP, 1980.

Faixas Etárias	Grupo de Causas*	Coeficientes
10–19	XVII – Causas Externas	19,5
	XVI – Sinais, Sintomas e Afecções Mal Definidas	4,8
	XIV – Anomalias Congênitas	4,8
	VI – Doenças Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	2,4
	IV – Doenças do Sangue e Órgãos Hematopoéticos	2,4
20–39	VII – Doenças do Aparelho Circulatório	27,8
	XVII – Causas Externas	24,3
	II – Neoplasmas	17,4
	XVI – Sinais, Sintomas e Afecções Mal Definidas	10,4
	I – Doenças Infecciosas e Parasitárias	8,7
	XI – Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério	6,9
40–59	VII – Doenças do Aparelho Circulatório	200,8
	II – Neoplasmas	121,1
	XVI – Sinais, Sintomas e Afecções Mal Definidas	66,9
	VIII – Doenças do Aparelho Respiratório	41,4
	I – Doenças Infecciosas e Parasitárias	31,8
	XVII – Causas Externas	31,8
60a e +	VII – Doenças do Aparelho Circulatório	2.110,8
	II – Neoplasmas	403,4
	XVI – Sinais, Sintomas e Afecções Mal Definidas	396,2
	VIII – Doenças do Aparelho Respiratório	324,2
	III – Doenças das Glândulas Endócrinas da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos Imunitários	252,1
	IX – Doenças do Aparelho Digestivo	144,1

Nota: * Segundo os Capítulos da CID, 9ª Revisão.

Fonte: DATASUS – SIM, 1979–1996.

Tabela 33 – Coeficiente de mortalidade anual (óbitos por 100.000) das mulheres com 10 anos e mais de idade, em ordem decrescente, segundo os seis principais grupos de causas, faixas etárias, município de Marília/SP, 1991.

Faixas Etárias	Grupo de Causas*	Coeficientes
10–19	XVII – Causas Externas	22,5
	VIII – Doenças do Aparelho Respiratório	4,1
	VII – Doenças do Aparelho Circulatório	4,1
	II – Neoplasmas	2,0
	XVI – Sinais, Sintomas e Afecções Mal Definidas	2,0
	VI – Doenças Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	2,0
20–39	XVII – Causas Externas	24,2
	II – Neoplasmas	16,9
	XVI – Sinais, Sintomas e Afecções Mal Definidas	10,9
	VIII – Doenças do Aparelho Respiratório	8,5
	III – Doenças das Glândulas Endócrinas da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos Imunitários	7,2
	VII – Doenças do Aparelho Circulatório	6,0
	IX – Doenças do Aparelho Digestivo	6,0
40–59	VII – Doenças do Aparelho Circulatório	153,6
	II – Neoplasmas	93,5
	XVI – Sinais, Sintomas e Afecções Mal Definidas	91,3
	IX – Doenças do Aparelho Digestivo	28,9
	XVII – Causas Externas	26,7
	VIII – Doenças do Aparelho Respiratório	15,6
	I – Doenças Infecciosas e Parasitárias	15,6
60a e +	VII – Doenças do Aparelho Circulatório	1355,5
	XVI – Sinais, Sintomas e Afecções Mal Definidas	564,4
	II – Neoplasmas	478,9
	VIII – Doenças do Aparelho Respiratório	380,6
	III – Doenças das Glândulas Endócrinas da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos Imunitários	209,5
	IX – Doenças do Aparelho Digestivo	141,1

Notas: * Segundo os Capítulos da CID, 9ª Revisão.

No grupo de causas de óbito, das mulheres de 20–39 anos, a 7ª posição é ocupada pelas Doenças Infecciosas e Parasitárias; Doenças do Sistema Nervoso e dos Órgãos dos Sentidos e Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério; cada grupo apresentou frequência igual a 4 óbitos.

Fonte: DATASUS – SIM, 1979–1996.

3.3.5. *Mortalidade feminina por idade e algumas causas específicas*

O grupo *doenças do aparelho circulatório* é composto fundamentalmente das *doenças cerebrovasculares* (43,8% em 1980 e 34,8% em 1991) e *isquêmicas do coração* (27,9% em 1980 e 19,6% em 1991), em especial o *infarto agudo do miocárdio*. Essas doenças estão entre as complicações mais freqüentes da *hipertensão arterial*, responsável direta por 5,3% dos óbitos em 1980 e 4,8% em 1991 (Tabela 34). No geral, observa-se um aumento do risco de morrer por *doenças da circulação pulmonar e outras formas de doença do coração* na década em estudo (Tabela 34). Assim, o risco de as mulheres, com 10 anos e mais, de morrerem por *doenças do aparelho circulatório* diminuiu, principalmente, por causa das patologias que apresentaram coeficientes decrescentes com o passar dos anos, apesar de estarem presentes na mortalidade das adolescentes em 1991 (Tabela 34). As doenças do *aparelho circulatório* foram responsáveis por 46,7% e 35,1%, respectivamente, do total de óbitos das mulheres com 10 anos e mais de idade, residentes no município de Marília/SP, nos períodos 1980 e 1991.

Tabela 34 – Coeficiente de mortalidade anual (óbitos por 100.000) das mulheres com 10 anos e mais de idade por *doenças do aparelho circulatório*, segundo faixa etária e períodos, município de Marília/SP.

Faixas Etárias	Doenças do Aparelho Circulatório	1980*		1991*	
		f	Coef.	f	Coef.
10–19	D. Cerebrovasculares	-	-	1	2,0
	D. Isquêmicas do Coração	-	-	-	-
	D. Circulação Pulmonar e outras formas D. do Coração	-	-	1	2,0
	D. Hipertensivas	-	-	-	-
	Febres Reumáticas e D. do Coração	-	-	-	-
	Out. Ap. Circulatório	-	-	-	-
20–39	D. Cerebrovasculares	6	10,4	3	3,6
	D. Isquêmicas do Coração	-	-	-	-
	D. Circulação Pulmonar e outras formas D. do Coração	9	15,6	-	-
	D. Hipertensivas	-	-	-	-
	Febres Reumáticas e D. do Coração	1	1,7	2	2,4
	Out. Ap. Circulatório	-	-	-	-
40–59	D. Cerebrovasculares	37	117,9	25	55,6
	D. Isquêmicas do Coração	8	25,5	8	17,8
	D. Circulação Pulmonar e outras formas D. do Coração	6	19,1	25	55,6
	D. Hipertensivas	5	15,9	6	13,3
	Febres Reumáticas e D. do Coração	2	6,3	1	2,2
	Out. Ap. Circulatório	5	15,9	4	8,9
60a e +	D. Cerebrovasculares	120	864,5	108	461,8
	D. Isquêmicas do Coração	96	691,6	69	295,0
	D. Circulação Pulmonar e outras formas D. do Coração	46	331,4	89	126,8
	D. Hipertensivas	15	108,0	13	55,6
	Febres Reumáticas e D. do Coração	1	7,2	3	12,8
	Out. Ap. Circulatório	15	108,0	35	149,6
Total	D. Cerebrovasculares	163	113,4	137	68,5
	D. Isquêmicas do Coração	104	72,4	77	38,5
	D. Circulação Pulmonar e outras formas D. do Coração	61	42,4	115	57,5
	D. Hipertensivas	20	13,9	19	9,5
	Febres Reumáticas e D. do Coração	4	2,8	6	3,0
	Out. Ap. Circulatório	20	13,9	39	19,5
Mortalidade Total por Doenças do Aparelho Circulatório		372	258,9	393	196,6

Notas: * Referem-se a triênios que têm os anos censitários no centro.

Fonte: DATASUS – SIM, 1979–1996.

O grupo de *neoplasmas malignos*, o segundo maior responsável pelo óbito das mulheres com 10 anos e mais de idade, no município de Marília/SP, foi composto majoritariamente, pelo *câncer do estômago e de mama*, em 1980. Seguem-se, em importância, as *neoplasias de útero (colo de útero, outras localizações não especificadas) e de traquéia, brônquios e pulmão* (Tabela 35). Essa composição revela a coexistência de localizações neoplásicas típicas de populações subdesenvolvidas (colo uterino e estômago) com as preponderantes em países industrializados (mama e pulmão) (AQUINO, 1989).

O risco de morrer por *câncer do estômago* diminuiu, em todas as faixas etárias, no período de estudo, enquanto o risco de morrer por *câncer de mama* aumentou na faixa de 60 anos e mais, e o *câncer de traquéia, brônquios e pulmão* teve seu risco de morte aumentado com o passar da idade e dos anos (Tabela 35).

Em 1980, observaram-se nove óbitos por *neoplasia do útero*; desses, quatro foram por *câncer do colo uterino*, correspondendo a um risco de morte igual a 2,8 óbitos/100.000 mulheres. Em 1991, dos vinte e quatro óbitos por *neoplasia do útero*, onze foram por *câncer do colo uterino*, resultando num risco de morte igual a 5,5 óbitos/100.000 mulheres. Além da duplicação, em si, do risco de morte por *câncer do colo uterino* no período em foco, a gravidade desse dado é reforçada pelo fato de adultas jovens passarem a fazer parte da casuística, e as idosas serem as primeiras vítimas fatais de uma neoplasia possível de medidas de controle, basicamente, aplicáveis na assistência primária.

Tabela 35 – Coeficiente de mortalidade anual (óbitos por 100.000) das mulheres com 10 anos e mais de idade, por *neoplasmas*, segundo faixa etária e períodos, município de Marília/SP.

Faixas Etárias	Neoplasias malignas e localização	1980*		1991*	
		f	Coef.	f	Coef.
10–19	Útero (colo útero, outras loc. e não espec.)	-	-	-	-
	Mama	-	-	-	-
	Traquéia, brônquios e pulmão	-	-	-	-
	Estômago	-	-	-	-
	Todas as outras	-	-	1	2,0
20–39	Útero (colo útero, outras loc. e não espec.)	-	-	4	4,8
	Mama	4	6,9	1	1,2
	Traquéia, brônquios e pulmão	-	-	1	1,2
	Estômago	1	1,7	-	-
	Todas as outras	5	8,7	8	9,7
40–59	Útero (colo útero, outras loc. e não espec.)	8	25,5	5	11,1
	Mama	9	28,7	9	20,0
	Traquéia, brônquios e pulmão	2	6,4	4	8,9
	Estômago	4	12,8	3	6,7
	Todas as outras	15	47,8	21	46,7
60a e +	Útero (colo útero, outras loc. e não espec.)	1	7,2	15	64,1
	Mama	3	21,6	10	42,7
	Traquéia, brônquios e pulmão	5	36,0	12	51,3
	Estômago	15	108,0	4	17,1
	Todas as outras	32	230,5	71	303,6
Total	Útero (colo útero, outras loc. e não espec.)	9	6,2	24	12,0
	Mama	16	11,1	20	10,0
	Traquéia, brônquios e pulmão	7	4,8	17	8,5
	Estômago	20	13,9	7	3,5
	Todas as outras	52	36,2	101	50,5
Mortalidade Total por Neoplasias Malignas		104	72,4	169	84,6

Nota: * Referem-se a triênios que têm os anos censitários no centro.

Fonte: DATASUS – SIM, 1979 – 1995.

Ao redor de 50,0% das *causas externas* (acidentes, suicídios e homicídios), no período estudado, foram representadas pelos *acidentes de trânsito*. No período, o risco de morrer por *acidentes de trânsito* diminuiu, e aumentou o risco de morrer por *quedas acidentais*, passando de 0,7 para 3,5/100.000 mulheres; por *acidentes causados pelo fogo e chamas*, passando de 0,7 para 2,2/100.000 mulheres; por *acidentes devidos a submersão, sufocação e corpos estranhos*, passando de 0,7 para 2,0/100.000 mulheres; e *outros acidentes, incluindo efeitos tardios e efeitos adversos de drogas*, passando de 1,4 para 3,0/100.000 mulheres (Tabela 36).

O risco de as mulheres morrerem por *suicídio* reduziu-se, enquanto, o de *homicídios* elevou-se, apresentando-se nas mulheres adultas jovens em 1991. Os *suicídios* e *homicídios* não se observaram entre as idosas. Em 1980, o risco de óbito por *suicídio* mostrou-se crescente da adolescência para a vida adulta, enquanto, em 1991, mostrou tendência a concentrar-se entre as adultas jovens (Tabela 36).

Tabela 36 – Coeficiente de mortalidade anual (óbitos por 100.000) das mulheres com 10 anos e mais de idade, *por acidentes, suicídios e homicídios*, segundo faixa etária e períodos, município de Marília/SP.

Faixas etárias	Causas Externas	1980*		1991*	
		f	Coef.	f	Coef.
10–19	Acidentes	5	12,2	9	18,4
	Suicídios	2	4,9	1	2,0
	Homicídios	1	2,4	1	2,0
20–39	Acidentes	11	19,1	13	15,7
	Suicídios	3	5,2	5	6,0
	Homicídios	-	-	2	2,4
40–59	Acidentes	6	19,1	10	22,3
	Suicídios	3	9,5	1	2,2
	Homicídios	1	3,2	1	2,2
60a e +	Acidentes	8	57,6	20	85,5
	Suicídios	-	-	-	-
	Homicídios	-	-	-	-
Total	Acidentes **	30	20,9	52	26,0
	Suicídios	8	5,5	7	3,5
	Homicídios	2	1,4	4	2,0
Mortalidade Total por Violências		41***	28,5	63	31,5

Notas: * Referem-se a triênios que têm os anos censitários no centro.

** Houve 22 e 29 óbitos por Acidentes de Trânsito em 1980 e 1991.

*** Em 1980, tivemos um óbito feminino de 60 anos e mais, com a seguinte causa básica: Outras Violências.

Fonte: DATASUS – SIM, 1979–1996.

O grupo de *doenças do aparelho respiratório*, um dos seis principais grupos de causas de óbito das mulheres adultas e idosas, em 1980, ganhou destaque na década posterior, participando das principais causas de óbito também das adolescentes e adultas jovens (Tabelas 32 e 33). Sendo esse grupo composto, fundamentalmente, pelas *pneumonias* (49,0% em 1980 e 61,9% em

1991), chama-nos a atenção a sua participação como causa básica dos óbitos ocorridos nas mulheres de 10-19 anos e 20-39 anos, o que nos faz pensar em uma provável associação com a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) (Tabela 37).

As doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários, responsáveis pelos óbitos das mulheres idosas, em 1980, teve sua participação incrementada no perfil de mortalidade das mulheres adultas jovens, em 1991 (Tabelas 32 e 33). O *diabetes mellitus*, uma das principais causas de óbito desse grupo, reflete igual comportamento (Tabela 37).

As doenças do aparelho digestivo também se destacaram em 1991, participando do perfil de mortalidade das mulheres adultas jovens, adultas e idosas. A maior participação se dá pelo incremento de 2,5 vezes o risco de morrer por *doença crônica do fígado e cirrose* (Tabela 37).

Tabela 37 – Coeficiente de mortalidade anual (óbitos por 100.000) das mulheres com 10 anos e mais de idade, por *diabetes mellitus*, *pneumonia* e *doença crônica do fígado e cirrose*, segundo faixa etária e períodos, município de Marília/SP.

Faixas etárias	Causas de óbitos	1980*		1991*	
		f	Coef.	f	Coef.
10–19	Diabetes mellitus	-	-	-	-
	Pneumonia	-	-	2	4,1
	Doença crônica do fígado e cirrose	-	-	-	-
20–39	Diabetes mellitus	-	-	2	2,4
	Pneumonia	-	-	4	4,8
	Doença crônica do fígado e cirrose	1	1,7	1	1,2
40–59	Diabetes mellitus	8	25,5	4	8,9
	Pneumonia	4	12,7	4	8,9
	Doença crônica do fígado e cirrose	2	6,3	7	15,6
60a e +	Diabetes mellitus	32	230,5	34	145,4
	Pneumonia	25	180,1	55	235,2
	Doença crônica do fígado e cirrose	1	7,2	6	25,6
Mortalidade Total por	Diabetes mellitus	40	27,8	40	20,0
	Pneumonia	29	20,2	65	32,5
	Doença crônica do fígado e cirrose	4	2,8	14	7,0

Nota: * Referem-se a triênios que têm os anos censitários no centro.

Fonte: DATASUS – SIM, 1979–1996.

3.3.6. *Mortalidade feminina por escolaridade e causas*

Analisando-se os Coeficientes de mortalidade anuais de 1980, segundo escolaridade e causas, observa-se que, nas mulheres “*sem instrução*”, eles se encontram de 2,0 a 4,0 vezes maiores em relação aos respectivos coeficientes de mortalidade segundo causas (Tabela 38). O mesmo

entes de mortalidade segundo causas (Tabela 38). O mesmo comportamento foi observado em 1991, apresentando variações de 1,4 a 5,6 vezes maiores (Tabela 39).

As mulheres “*sem instrução*” apresentaram o maior risco de morrer em todos os grupos de causas, e as mulheres, com “*2º grau e grau superior*”, apresentaram o menor risco de morrer (Tabelas 38 e 39).

Comparando-se os coeficientes de mortalidade segundo as principais causas e escolaridade, das mulheres com 10 anos e mais de idade, em 1980 e 1991, observa-se que:

- O risco de morrer por *doenças do aparelho circulatório* (capítulo VII) aumentou em 2,8 vezes nas mulheres com “*1º grau*”, enquanto mostrou discreta diminuição nas mulheres “*sem instrução*” e com “*2º grau e grau superior*” (Tabelas 38 e 39).
- O risco de morrer por *neoplasmas* (capítulo II) aumentou em 3,0 vezes nas mulheres com “*1º grau*” e em 2,6 vezes nas mulheres com “*2º grau e grau superior*”, enquanto mostrou discreta diminuição nas mulheres “*sem instrução*” (Tabelas 38 e 39).
- O risco de morrer por *sinais, sintomas e afecções mal definidas* (capítulo XVI), mais que duplicou nas mulheres “*sem instrução*” e aumentou 6,2 vezes nas mulheres com “*1º grau*”, (Tabelas 38 e 39).
- O risco de morrer por *doenças do aparelho respiratório* (Capítulo VIII), aumentou em todos os estratos de escolaridade, principalmente nas mulheres com “*1º. grau*”; o mesmo se observou com as *doenças do aparelho digestivo* (Capítulo IX), exceto para o “*2º. grau e grau superior*” (Tabelas 38 e 39).

- O risco de morrer por *causas externas* (capítulo XVII) aumentou em todos os estratos de escolaridade, principalmente nas mulheres com “1º grau” (Tabelas 38 e 39).
- O risco de morrer por *doenças das glândulas endócrinas, nutrição, metabolismo e transtornos imunitários* (capítulo III), aumentou em 1,3 vezes nas mulheres “sem instrução” e em 5,4 vezes nas mulheres com “1º grau”, mas diminuiu pela metade nas mulheres com “2º grau e grau superior” (Tabelas 38 e 39).

Tabela 38 – Coeficientes de mortalidade anual (óbitos por 100.000) das mulheres com 10 anos e mais de idade, segundo grupos de causas e escolaridade, município de Marília/SP, 1980.

Capítulos*	Nenhuma		1º Grau		2º Grau e Superior		Total	
	f	Coef.	f	Coef.	f	Coef.	f	Coef.
I	13	36,9	6	8,1	1	2,9	23	16,0
II	67	190,2	22	29,6	3	8,7	104	72,4
III	29	82,3	4	5,4	1	2,9	43	29,9
IV	1	2,8	1	1,3	-	-	2	1,4
V	3	8,5	-	-	-	-	3	2,1
VI	7	19,8	2	2,7	-	-	11	7,6
VII	229	650,1	50	67,4	6	17,5	372	258,9
VIII	39	110,7	12	16,1	-	-	59	41,0
IX	19	53,9	7	9,4	2	5,8	31	21,6
X	7	19,8	3	4,0	1	2,9	14	9,7
XII	2	5,6	-	-	-	-	2	1,4
XIII	1	2,8	-	-	-	-	1	0,7
XIV	-	-	2	2,7	-	-	2	1,4
XVI	57	161,8	8	10,8	1	2,9	84	58,4
XVII	19	53,9	16	21,5	3	8,7	41	28,5

Notas: * Segundo os Capítulos da CID, 9ª Revisão

Fontes: Censo Demográfico, IBGE – 1980 e 1991 e populações estimadas.
DATASUS – SIM, 1979 – 1996.

Tabela 39 – Coeficientes de mortalidade anual (óbitos por 100.000) das mulheres com 10 anos e mais de idade, segundo grupos de causas e escolaridade, município de Marília/SP, 1991.

Capítulos*	Nenhuma		1º Grau		2º Grau e Superior		Total	
	f	Coef.	f	Coef.	f	Coef.	f	Coef.
I	11	46,7	18	16,4	2	3,0	33	16,5
II	41	172,4	99	90,2	15	22,6	169	84,6
III	26	109,3	32	29,1	1	1,5	61	30,5
IV	1	4,2	2	1,8	2	3,0	6	3,0
V	-	-	2	1,8	1	1,5	3	1,5
VI	7	29,4	8	7,3	2	3,0	18	9,0
VII	152	639,2	212	193,2	8	12,1	393	196,6
VIII	42	176,6	53	48,3	2	3,0	105	52,5
IX	20	84,1	22	20,0	4	6,0	51	25,5
X	10	42,0	8	7,3	-	-	19	9,5
XII	2	8,4	1	0,9	-	-	3	1,5
XIII	1	4,2	2	1,8	1	1,5	4	2,0
XIV	2	8,4	1	0,9	-	-	3	1,5
XVI	92	386,9	74	67,4	2	3,0	183	91,6
XVII	16	67,3	37	33,7	6	9,0	63	31,5

Nota: * Segundo os Capítulos da CID, 9ª Revisão

Fontes: Censo Demográfico, IBGE – 1980 e 1991 e populações estimadas. DATASUS – SIM, 1979 – 1996.

4. DISCUSSÃO

4. DISCUSSÃO

Não há a menor dúvida de que estas duas últimas décadas representaram o maior avanço das mulheres em toda a história da humanidade. Elas estão conquistando espaço no mundo inteiro, em, praticamente, todas as atividades. Mas, conquistar espaço não é sinônimo de ter igualdade. As mulheres ganham menos que os homens, quando exercem a mesma função, enfrentam um mercado de trabalho cuja oferta se faz mediante empregos menos qualificados, desprovidos de conteúdo intelectual, monótonos e repetitivos, com diferentes graus de “precarização”, caracterizados por temporalidade, subcontratação e uma nova forma de relação contratual, constituída pela flexibilização da jornada e a transferência da atividade remunerada para o lar. E, sobretudo, ainda são preteridas na hora da promoção aos cargos de maior poder e prestígio. No entanto, esse processo diferencia-se em função da posição social da mulher.

A relação das mulheres com o trabalho, a sexualidade e a maternidade mudam. Elas passam a representar vários “*papéis sociais*” em seu cotidiano, papéis esses, determinados pelas relações sociais de sexo, de gênero, pelas diferentes condições materiais a que estão submetidas e pelos diferentes significados que tem em suas vidas o trabalho remunerado, a família, o trabalho doméstico e o cuidado das crianças (SARTI, 1988). As experiências das mulheres, como trabalhadoras, mães e companheiras, moldar-lhes-ão a saúde física e mental (SCHIRMER, 1997).

As mulheres de classe popular não podem comprar serviços de apoio doméstico, não desfrutam dos benefícios dos novos eletrodomésticos que aliviam o trabalho em casa e o contexto cultural em que vivem reafirma os padrões machistas de sobrecarga feminina nas tarefas do lar. Dessa forma, muitas

se vêm forçadas a permanecer no lar, e as outras, as que podem estabelecer uma estratégia de trabalho remunerado, realizam-no em condições de desvantagem e de sobrecarga (BREILH, 1991)

Para as mulheres das camadas médias, com um grau de instrução mais elevado e algum nível de formação profissional, sua opção por uma atividade profissional tem maiores oportunidades de ser gratificante (SARTI, 1988).

Dessa forma, as experiências vividas pelas mulheres em seu cotidiano, em algumas circunstâncias, podem promover a saúde, posto que os recursos e o apoio em uma parte da vida pode compensar as dificuldades da outra; em outras circunstâncias, podem criar conflitos e contradições que não conduzem à saúde e ao bem-estar (SCHIRMER, 1997). A contradição dialética entre condições favoráveis e desfavoráveis de saúde tende a mostrar um dos pólos mais agudizados em relação ao outro, à medida que o sistema social privilegia facilitadores de um ou outro pólo.

A partir desse pressuposto teórico, procurou-se interpretar a situação de saúde das mulheres de Marília/SP, levando-se em consideração as transformações econômicas recentes do Município e a inserção da mulher no mercado de trabalho.

O processo de urbanização e industrialização que ocorreu em Marília, determinado pelo avanço do Capitalismo, guarda em si profundas contradições, colocando em evidência o contraste entre a opulência de poucos e a miséria da maioria.

Nosso estudo mostrou que a urbanização e a industrialização do município de Marília/SP, no período 1970-1991, incorporou as mulheres no mercado de trabalho. Essa incorporação se fez, principalmente, no setor secundário da economia, com destaque no setor alimentício. Provavelmente, o maior contingente incorporado seja as mulheres na faixa intermediária de escolaridade,

o qual também se dirigiu para a atividade comércio de mercadorias. Seja como for, essa incorporação significou, para a maioria das mulheres, maior sobrecarga, sobrepondo-se à jornada doméstica e à maternidade. Além disso, cabe mencionar a existência de exposição às agressões físicas como o ruído, à umidade, às substâncias tóxicas, à adoção, durante horas, de posturas que prejudicam a coluna e articulações, a agressões psíquicas como a monotonia, a repetitividade, a conduta autoritária dos chefes, a angústia de sua família abandonada e a subestimulação que também é fonte de estresse.

Diante desse quadro, presume-se que a incorporação das mulheres à força de trabalho em nosso Município constituiu uma forma de complementar o orçamento doméstico e, dessa maneira, contribuir para a sobrevivência da família. Não parece ser a atividade profissional uma escolha pessoal da maioria das mulheres, e sim uma necessidade, apesar de, as mulheres com escolaridade mais elevada, também mostrarem importante participação na atividade econômica do município.

O envelhecimento da população mariliense não foi uniforme entre os sexos; foi mais significativo entre as mulheres, sem que isso signifique uma real melhoria das condições de vida, pois, segundo KALACHE (1987), o envelhecimento da população brasileira está se processando em meio a condições de vida, para parcelas imensas da população, ainda muito desfavoráveis. Considerando-se que as conquistas sociais não tenham atingido a maioria da população, evidenciando processos desiguais de envelhecimento, a desproteção geral, e em particular, na saúde durante a velhice, afeta as mulheres, principalmente pelas menores taxas de emprego feminino no setor formal da economia, pela descontinuidade do trabalho feminino que se associa com a maternidade e a menor remuneração salarial da mulher.

Partindo do pressuposto de que as diversas restrições econômicas,

sociais e de qualidade de atenção condicionam os diferentes aspectos de saúde da mulher e são fortes determinantes do risco de adoecer e morrer; espera-se que a mortalidade, mesmo não dando conta das profundas variações que se registram no estado de saúde da população feminina sobrevivente, seja o reflexo da deterioração extrema que pode sofrer a saúde.

O coeficiente de mortalidade anual das mulheres com 10 anos e mais do município de Marília/SP, foi praticamente igual ao do Estado de São Paulo no mesmo período, ao redor de 5,5‰ (REA et al., 1999). Contudo, ao se abordar a mortalidade segundo estrato de escolaridade, verifica-se que as mulheres do estrato “*média escolaridade*” foram as principais vítimas do desenvolvimento econômico-social mariliense, observado no período, provavelmente, pela “*tríplice jornada*” que assumiram, sem contar com um equipamento social de apoio que pudesse atender às suas necessidades familiares (cuidado dos filhos) e pessoais (cuidado da saúde).

RIQUELME Q. & BARILARI DAVIES (1997), observaram, no Chile, que as mulheres operárias apresentaram o maior risco de morrer; 7,3 vezes maior que as patroas no quinquênio 1990-1994.

Em nosso estudo, observamos comportamento do perfil de mortalidade das mulheres com 10 anos e mais apontando uma associação negativa entre escolaridade e mortalidade para todos os grupos de causas, isto é, as mulheres “*sem instrução*” apresentaram os valores mais altos dos indicadores de mortalidade, e as mulheres com “*2º. grau e grau superior*” apresentaram os menores valores no período.

Os desníveis observados nos indicadores de mortalidade entre as mulheres com 10 anos e mais em seus diferentes estratos de escolaridade no município de Marília, caracterizam o que ARAÚJO (1992), chama de “*polarização social*”:

“Ela é uma expressão das desigualdades de renda, da carência, de alimentação, moradia, saneamento, educação

e, também da dificuldade de acesso aos serviços de saúde”.

(ARAÚJO, 1992:11)

As doenças do *aparelho circulatório* são as principais causas de morte das mulheres com 10 anos e mais, no período estudado, seguidas dos *neoplasmas, doenças do aparelho respiratório, causas externas e doenças das glândulas endócrinas, nutrição, metabolismo e transtornos imunitários*. Os *sinais, sintomas e afecções mal definidas* da 3^a. posição, em 1980, passam a ocupar a 2^a. posição em 1991. Esse perfil de mortalidade feminina foi semelhante ao observado por LAURENTI et al. (1990), em mulheres de 10-49 anos no município de São Paulo, em 1986, fato observado também com dados de 1985 a 1989, em Ribeirão Preto (CARVALHEIRO & MANÇO, 1992), que assinalaram *as doenças do aparelho circulatório, neoplasmas e as causas externas* como as causas de morte mais freqüentes em ordem decrescente de importância.

Mais recentemente, estudos de REA et al. (1999) sobre a mortalidade de mulheres com 10 anos e mais, no Estado de São Paulo, nos triênios 79/80/81, 86/87/88 e 93/94/95, e de HADDAD & SILVA (2000a), sobre as causas básicas de óbito e a mortalidade materna em mulheres de 15 a 49 anos de idade, no Estado de São Paulo, 1991 a 1995, mostraram que as três principais causas de óbito em ordem decrescente de importância foram: *doenças do aparelho circulatório; neoplasmas e doenças do aparelho respiratório*.

Observa-se, assim, que as principais causas de morte das mulheres permaneceram com o decorrer dos anos; fato, extremamente importante para instrumentalizar a tomada de decisões em nível de formulação de políticas de saúde, da organização do sistema e da definição das intervenções destinadas à solução dos problemas.

No entanto, apesar de a rede física e de os recursos humanos dos

serviços de atenção à saúde da mulher se expandirem em nosso Município, no decorrer do período estudado, priorizou-se e ainda se prioriza o binômio “*mãe-filho*”. É provável que isso ocorra, devido à dificuldade de incorporar transformações significativas nos serviços de saúde que já se encontram funcionando, ou devido ao fato de o projeto político do setor saúde, não contemplar mudanças radicais com vistas à solução efetiva dos problemas, mas apenas a dissimulá-los paliativamente.

Dentre as doenças do aparelho circulatório nas mulheres com 10 anos e mais, verificamos a importância das *doenças cerebrovasculares* e das *doenças isquêmicas do coração*, fato também observado por LOLIO et al. (1991), nas mulheres de 10-49 anos, no município de São Paulo, em 1986; CARVALHEIRO & MANÇO (1992), em Ribeirão Preto, nas mulheres de 15 a 49 anos, de 1985-1989; HADDAD & SILVA (2000b), nas mulheres de 15 a 49 anos, no Estado de São Paulo, de 1991 a 1995.

LOLIO et al. (1991), ao analisarem as informações complementares dos atestados de óbito, verificaram que, em 78,3% dos casos de óbito por *doença cerebrovascular* e, em 63,4%, por *doenças isquêmicas*, a *hipertensão arterial* estava presente. HADDAD & SILVA (2000b) ressaltam a importância da *hipertensão arterial* como fator de risco para as *doenças cerebrovasculares* e a necessidade de maior controle das pacientes hipertensas, para prevenção não somente dessas, como também de outras doenças cardiovasculares.

ROUQUAYROL et al. (1987) também observaram que a associação da *doença cerebrovascular* com *hipertensão arterial* é alta e que esta é mais freqüente entre os mais pobres e menos assistidos.

Diante desses fatos, uma das hipóteses que nosso estudo permite gerar seria o fato de que se teria, no município de Marília, alta prevalência de *hipertensão arterial* nas mulheres, principalmente naquelas “*sem instrução*”, a

qual não é sequer diagnosticada, tratada ou mesmo controlada, levando a complicações precoces e à morte.

A *doença hipertensiva específica da gravidez* deve merecer atenção especial na organização dos serviços de pré-natal em nosso Município, pois estudo realizado por SALGADO NETTO (1992), visando a conhecer a fidedignidade das informações contidas nas declarações de óbito e as reais causas básicas de morte materna das mulheres de 10-49 anos, nos municípios de Bauru, Marília e Presidente Prudente, no período 1989/1990, verificou a *toxemia gravídica* como a principal causa de morte materna.

Daí a importância de se conhecerem melhor a mortalidade e a morbidade, para que medidas preventivas adequadas possam ser tomadas, não só para evitar que as doenças apontadas atinjam as mulheres fora do período da gravidez, como também para preservar a saúde das futuras gestantes e futuros fetos.

O comportamento dos coeficientes de mortalidade por neoplasias indica que o risco de as mulheres com 10 anos e mais de morrerem de câncer, manteve-se em ascensão no período estudado. As taxas de mortalidade específicas por faixa etária, calculadas para os períodos 1980 e 1991, evidenciam que, conforme esperado, o risco de morrer por câncer cresce continuamente com a idade.

O tipo de câncer com maior impacto sobre a mortalidade feminina no município de Marília/SP é o de *mama*, seguido pelo de *pulmão*, no período 1991. O mesmo comportamento foi observado em 1999¹⁴.

¹⁴ MARÍLIA. Secretaria Estadual da Saúde. DIR XIV. SIM – Sistema Informação de Mortalidade. Consolidado. Marília, 1999.

Segundo FONSECA (1995), a intensificação da mortalidade por *câncer de pulmão*, observada no grupo de mulheres mais velhas (60 anos e mais) é consistente com a explosão do tabagismo feminino no País a partir da década de 50. Nos próximos anos, espera-se que a intensificação da mortalidade venha a ocorrer nos grupos de mulheres mais jovens.

Quando comparamos 1980 e 1991, observamos o declínio acentuado da mortalidade por *câncer de estômago*, também observado por FONSECA (1995); e REA et al. (1999).

A ascensão da mortalidade por *câncer do colo de útero*, em Marília, foi acompanhada de baixa cobertura do exame de citologia oncológica; 12% das mulheres, com 15 anos e mais, realizaram a coleta de Papanicolau nos serviços públicos de nosso Município em 1990 (MARÍLIA, 1991). Atualmente essa cobertura permanece e, oficialmente, três mulheres morreram de *câncer do colo de útero* em 1999¹⁵. Sabendo-se que, para o controle do *câncer do colo uterino*, é necessária uma cobertura da população feminina igual a 85%; provavelmente, os dados oficiais de mortalidade não traduzem a real incidência dessa patologia.

Uma das mais importantes alterações que vêm ocorrendo no perfil brasileiro de causas de morte é o crescimento da mortalidade por *acidentes e violências*. A violência (e, em especial, as mortes violentas) tem acometido indivíduos cada vez mais jovens e, ainda que mais freqüente em homens, aflige mais e mais as mulheres.

Em nosso estudo, observa-se associação negativa entre estrato de escolaridade e mortalidade por *causas externas*. Apesar de o risco de morrer por causas externas ter aumentado em todos os estratos de escolaridade, são as adolescentes e as mulheres adultas jovens que apresentam as *causas externas* como principais causas de morte, com o coeficiente de mortalidade crescente no perío-

¹⁵ Idem.

do estudado.

Segundo VERMELHO & JORGE (1996), a situação de saúde dos adolescentes é caracterizada pelo alto risco a que estão expostos. Esses se relacionam a comportamentos ou hábitos individuais/sociais, tais como fumar, beber, drogar-se, armar-se, assim como pelos contextos de miséria e violência a que os jovens estão submetidos, nos quais o desemprego e o subemprego são constantes; e também pelo despertar da sexualidade, sinônimo de doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada e aborto.

Em Marília, as mortes femininas acidentais predominaram sobre as mortes intencionais, apesar de o risco de morrer por *homicídio* ter aumentado no período em estudo, mas com valores inferiores aos coeficientes das cidades de Recife, São Paulo e Curitiba, os quais flutuaram entre 3 e 5 óbitos por 100 mil mulheres, no período 1980-1988 (CAMARGO et al., 1995). Entretanto, chama a atenção o coeficiente de mortalidade feminina anual por *causas externas* do município de Marília, igual a 28,5 óbitos por 100 mil mulheres no período 1980, superior ao da cidade de São Paulo; 27,4 óbitos por 100 mil mulheres e igual ao da cidade de Porto Alegre, em 1980. Apresentando-se crescente em 1991, esse coeficiente foi superior ao da cidade de Salvador (29,8 óbitos por 100 mil mulheres) e se aproximou dos coeficientes das cidades de Belo Horizonte e São Paulo, que foram, respectivamente, iguais a 30,5 e 31,1 óbitos por 100 mil mulheres, em 1989 (CAMARGO et al., 1995).

A presença, em Marília, das *doenças da aparelho circulatório* e o aumento das *neoplasias*, com coeficientes que aumentam com a idade e a alta mortalidade por *causas externas*, principalmente nas mulheres mais jovens, acompanhadas pela permanência das *doenças infecciosas e parasitárias*, na década de 80, caracterizam-se como “*polarização epidemiológica*” (ARAÚJO, 1992), com a peculiaridade de expor, simultaneamente, a população de mulheres

de Marília a doenças provenientes do atraso e da modernidade, ou seja, das contradições inerentes ao estado atual de desenvolvimento do País. Deve-se lembrar que a *síndrome de imunodeficiência adquirida* (AIDS) não estava, até então, classificada no capítulo das *doenças infecciosas e parasitárias* e ainda era um problema de saúde menos importante entre as mulheres, fato muito diferente do que ocorre nos dias atuais, pois, enquanto a percepção do risco de contrair o vírus da AIDS é, praticamente, igual para homens e mulheres, as mudanças de comportamento para evitar a doença mostram que foram os homens que mais mudaram: 48,0%, contra apenas 17,0% das mulheres (GOLDANI, 1999).

A distribuição dos casos HIV assintomáticos por sexo, no município de Marília, apresenta-se em ascensão nas mulheres a partir de 1990, sobressaindo nos homens em 1994 e, após uma queda significativa em 1995, volta, novamente, a apresentar-se ascendente, de tal forma que os casos assintomáticos nas mulheres são superiores aos nos homens, a partir dessa data (Fichas de Investigação AIDS – Vigilância Epidemiológica – Secretária Municipal Higiene e Saúde de Marília - dados provisórios até 30.06.2000).

O fato de termos o risco de morrer por *sinais, sintomas e afecções mal definidas* mais que duplicado nas mulheres “*sem instrução*” e sextuplicado nas mulheres com “*1º grau*”, pode estar refletindo a dificuldade ou desinteresse no diagnóstico e preenchimento do atestado de óbito quando a mulher é pobre. Pode também indicar pior qualidade e acesso aos serviços.

Importa ressaltar também o peso das mortes por *doença crônica do fígado e cirrose* entre as mulheres adultas e idosas, evidenciando que foram as mulheres “*sem instrução*” e “*com 1º grau*” que apresentaram maior exposição a substâncias hepatotóxicas, situações mórbidas e, talvez maior consumo de álcool.

Outro problema de grande preocupação, em nosso município, é a

mortalidade materna, visto que o nosso estudo apresentou coeficientes de mortalidade materna crescentes no período em foco e os dados oficiais de 1999¹⁶, mostram um coeficiente de mortalidade materna igual a 64,4 óbitos por 100 mil nascidos vivos. No entanto, para o ano 2000, observou-se 123,8 óbitos por 100 mil n.v., mediante a vigilância dos óbitos das mulheres em idade fértil.

SALGADO NETTO (1992) verificou que do total de 26 óbitos maternos investigados, 69,3% (18 óbitos) eram de gestantes “*sem instrução*” ou com “*instrução primária*” é 19,2% (5 óbitos) tinham formação universitária, evidenciando, mais uma vez, a disparidade da mortalidade segundo os estratos de escolaridade, ou condição social.

Sabendo-se que a maioria das mortes maternas está associada a uma sucessão de eventos, como falhas e/ou omissões que vão se desencadeando até o óbito, podendo iniciarem-se com a própria paciente, que não procura, oportunamente, os serviços de pré-natal, e passa pela assistência pré-natal de má qualidade que não identifica, precocemente, as gestações de alto risco e, se o faz, não as encaminha aos ambulatorios para gestantes de alto risco, conclui-se que, mesmo que seja hegemônico o enfoque da saúde da mulher em sua função reprodutiva, o tratamento oportuno da morbidade da gestação, parto e puerpério, apresenta uma capacidade resolutive pouco adequada, principalmente para as mulheres pobres.

Dessa forma, observamos que é importante reconhecer o cotidiano do espaço privado e público, nos quais transcorre grande parte da vida das mulheres, pois, apesar de a vida das mulheres se modificar drasticamente ao longo das últimas décadas, criando condições para o desenvolvimento de uma situação de maior autonomia e, portanto, de menor vulnerabilidade no âmbito da saúde, ainda não foi possível verificar, claramente, benefícios que indiquem uma redu-

¹⁶ MARÍLIA. Secretaria Estadual da Saúde. DIR XIV. SIM – Sistema Informação de Mortalidade. Consolida-

ção da vulnerabilidade do processo saúde-doença, nas mulheres “*sem instrução*” e com “*1º. grau*”.

Tomando-se como indicadores de saúde as causas de morte feminina, vimos que, ao longo da década de 80, no município de Marília/SP, não se conseguiu diminuir de maneira significativa o risco de morrer das mulheres. A mortalidade materna apresenta níveis crescentes e elevados. O mesmo ocorre com o câncer de colo de útero para o qual há muito se dispõe de procedimentos simples, eficazes e baratos para sua identificação precoce e cura.

Novos problemas surgiram como a crescente mortalidade por câncer de mama e pulmão. Ao mesmo tempo, verifica-se um aumento do alcoolismo, dos crimes violentos, dos acidentes e suicídios, todos sintomas de saúde social precária. Esse perfil de mortalidade reflete, em grande medida, a inadequação do sistema de saúde do município de Marília/SP. Remete-nos também à iniquidade das relações entre homens e mulheres. Na combinação dos vários “*papéis sociais*”, a mulher se expõe mais, submetendo-se a um desgaste biológico, físico e emocional inusitado e no afã de dar conta das novas tarefas produtivas e das antigas, precariza a sua saúde.

5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O estudo da participação da mulher na vida econômica e social do município de Marília/SP e sua situação de saúde no período 1970-1991, permitiu-nos concluir:

I – Desenvolvimento econômico e social

A economia do Município apresentou substanciais transformações no período, passa de uma economia predominantemente agrícola para industrial. Observam-se a mecanização da agricultura e as correspondentes mudanças nas relações de trabalho, com a urbanização da população. Por outro lado, a industrialização e o setor terciário se consolidam, proporcionando uma grande expansão do mercado de trabalho.

Nesse cenário econômico, as mulheres incorporaram-se ao mercado de trabalho, sofrendo os reflexos na estrutura familiar, em sua ocupação, escolaridade, rendimentos e em sua situação de saúde.

II – Características das mulheres

1. Quanto às características pessoais:

- O número médio de filhos por mulher reduziu-se de 3,9 para 2,6 o que representa variação negativa da fecundidade igual a 33,3%.
- A população do Município cresceu e apresentou envelhecimento não uniforme, de modo que a população feminina com 10 anos e mais cresceu 81,8%, e a maior de 60 anos aumentou 176,7%.

2. Quanto às características sócio econômicas:

Ocupação

- Observou-se, no período estudado, um incremento significativo das mulheres em atividade econômica, proporcionalmente maior ao observado na população masculina. A taxa de atividade feminina cresceu 57,9%.
- A participação das mulheres no setor secundário cresceu 257,4%, com destaque na atividade *indústria de transformação*.
- No setor terciário, houve incremento da população feminina nas seguintes atividades: 492,4% em *administração pública*, 428,4% em *comércio de mercadorias*; 291,0% em *atividades sociais* e 114,0% em *prestação de serviços*.

Escolaridade

- Observou-se melhoria da escolaridade das mulheres do município de Marília, traduzida pela redução do percentual “*sem instrução*” e uma elevação de três vezes do de “*escolaridade superior*”.

Rendimentos e responsabilidade familiar

- As mulheres remuneradas tiveram seu rendimento concentrado entre *meio a um salário mínimo* em 1980 e *um a dois salários mínimos* em 1991, mas a participação em todos os estratos de rendimentos, sobretudo nos estratos mais elevados, cresceu.

- A participação feminina na chefia da família cresceu, passando de 11,1% em 1970, para 18,7% em 1991, correspondendo a um crescimento de 258,0% no número de mulheres nessa condição.

III – Mortalidade das mulheres com 10 anos e mais, 1980-1991

1. Quanto à idade:

- O número absoluto de óbitos femininos aumentou em todos os grupos de idade e períodos.
- As maiores concentrações de óbitos foram acima de 60 anos, sendo 67,0% em 1980 e 72,5% em 1991.
- O risco de morrer foi crescente com o passar da idade nos dois períodos analisados.
- O coeficiente de mortalidade feminina, padronizado por idade, apresentou decréscimo na década, passando de 6,2 em 1980 para 5,4 óbitos por mil mulheres em 1991, provavelmente à custa da discreta redução observada a partir dos quarenta anos de idade.

2. Quanto às causas dos óbitos:

- A população estudada morreu, principalmente, de *doenças do aparelho circulatório* (46,7% em 1980 e 35,1% em 1991) e dessas, as *doenças cerebrovasculares* foram as principais (43,8% em 1980 e 34,8% em 1991), seguidas das *doenças isquêmicas do coração* (27,9% em 1980 e 19,6% em 1991); de *neoplasias* (13,0% em 1980 e

15,1% em 1991), principalmente, de *câncer do estômago e de mamas em 1980* e de *câncer do útero, mamas, traquéia, brônquios e pulmão em 1991*.

- Os *sinais, sintomas e afecções mal definidas* ocuparam o terceiro lugar em 1980 e o segundo em 1991, sugerindo, assim, uma possível piora na assistência médica à saúde da mulher no período.
- O grupo das *doenças do aparelho respiratório*, composto fundamentalmente de *pneumonias* (49,1% em 1980 e 61,9% em 1991), ganhou destaque em 1991, participando das principais causas de óbito também das adolescentes e adultos jovens.
- As *causas externas* (5,2% em 1980 e 5,6% em 1991) foram as primeiras causas de morte de todas as mulheres até 39 anos de idade, sendo os *acidentes de trânsito* a primeira causa em números absolutos, embora o risco de morrer por eles tenha diminuído no período, enquanto o risco de morrer por outros acidentes tenha se elevado.
- As *doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários* (5,4% em 1980 e 5,5% em 1991), representada principalmente pelo *diabetes mellitus* (93,0% em 1980 e 65,6% em 1991), teve sua participação incrementada no perfil de mortalidade das mulheres adultas jovens em 1991.
- Houve aumento no risco de morrer na década em estudo pela maioria dos grupos de causas. Em relação às *doenças do aparelho digestivo*, houve um incremento de 2,5 vezes

no risco de morrer por *doença crônica do fígado e cirrose*.

- Embora o número absoluto de mortes maternas tenha se mantido, o coeficiente de mortalidade materna passou de 39,4 para 43,7 óbitos por 100.000 n.v., o que mostra agravamento da assistência à maternidade.

3. Quanto à escolaridade:

Em consonância com o pressuposto teórico de nosso estudo, a escolaridade mostrou-se um indicador da condição social e da situação de saúde da mulher mariliense, dotado de considerável poder discriminador. Observou-se, que:

- 62,0% das mulheres falecidas não tinham nenhuma escolaridade em 1980 e 38,0% em 1991.
- O risco de morrer no estrato “*sem instrução*” é maior que nos demais (14 ‰ em 1980 e 18 ‰ em 1991) e o de “*8 anos e mais*” é o menor (0,55 ‰ e 0,69 ‰), respectivamente, em todo o período estudado.
- Nas mulheres “*sem instrução*”, o risco de morrer foi ao redor de 25 vezes maior que o do grupo de “*maior escolaridade*”, o que traduz a imensa desigualdade de saúde e sobrevida resultante da desigualdade social.
- Nas mulheres com “*1º. grau*”, o risco de morrer foi 3,4 vezes maior em 1980 e 7,6 vezes em 1991, em comparação com o grupo de “*maior escolaridade*”, o que representa uma elevação de 123,0 %, valor muito maior que o observado nos demais estratos.

- Comparando-se os coeficientes de mortalidade segundo os principais grupos de causas e escolaridade, observou-se que os maiores riscos para todos os grupos de causas situaram-se no estrato “*sem instrução*” e os menores, no de “*maior escolaridade*”.

“A existência ganha sentido na relação com o outro, mas para isso é necessária uma apropriação de si para ter uma existência própria e, a partir daí, ganhar e dar sentido em relação com o outro.”

Maria Betânia Ávila e Sônia Corrêa, 1999.

Diante das conclusões, fazem-se as seguintes recomendações:

- Escolarizar as mulheres.
- Valorizar as funções múltiplas da mulher; os vínculos entre suas funções produtivas e reprodutivas e as repercussões destas em sua saúde.
- Implementar a construção de creches e berçários.
- A prática em saúde deve reconhecer o saber da mulher, seu fazer e seu papel como ser social e cidadã.
- Que a mulher receba ações de saúde por direito próprio, e não por causa de sua função reprodutiva.

- Reformular os programas de saúde da mulher para garantir maior acesso, controle, possibilidade de eleição e eficácia.
- Fortalecer a função da mulher na prevenção e no tratamento das enfermidades crônicas e não transmissíveis, oferecendo-lhe conhecimento, serviço e recursos necessários para facilitar-lhe a atividade.
- Estimular a participação da mulher na comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

- ALVES, J. E. D. Mulher na política: democracia e ações afirmativas. *Univ. So-
cied.*, v.9, n.20, p.71-5, 1999.
- AQUINO, E. M. L. Saúde da mulher no Brasil - antigas e novas necessidades.
In: BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher *Quando a paciente
é mulher, relatório do encontro*. s.l: Conselho Nacional dos Direitos da mu-
lher, 1989. p.13-21.
- ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. *Inf. Epidemiol. SUS*, v.1,
n.2, p.5-16, 1992.
- ÁVILA, M. B., CORRÊA, S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no
Brasil: revisitando percursos. In: GALVÃO, L., DÍAZ, J. (Org.) *Saúde sexu-
al e reprodutiva no Brasil*. São Paulo : Hucitec; Population Council, 1999.
p.70-103.
- BARROSO, C. *Mulher, sociedade e estado no Brasil (UNICEF)*. São Paulo:
Brasiliense, 1982. cap.1, p.13-47.
- BARROSO, C. L. M. A participação da mulher no desenvolvimento científico
brasileiro. *Ciênc.Cult.(São Paulo)*, v.27, p.613-20, 1975.

* UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. Coordenadoria Geral de Bibliotecas. **Normas para publicações da UNESP**.
São Paulo: Editora UNESP, 1994. v.2: Referências Bibliográficas.
NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. **List of journals indexed in Index Medicus**. Washington, 1997. 240p.

- BLANCO, A. Mais estudo não garante melhores cargos. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 13 nov. 1998. Caderno 3, Cotidiano, p.3.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia. *Lista brasileira para mortalidade*. Brasília, 1980.
- BRASIL é melhor em ranking da desigualdade homem-mulher. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 11 jul. 1999. Brasil/Qualidade de vida 1, p.17.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da mulher*. Brasília, 1998. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/Programas/mulher/mortal.htm>>. Acesso em 9 out. 1998.
- BRASIL. Ministério do Planejamento e Coordenação Geral. Fundação IBGE. Departamento de Censos. *Censo demográfico do Estado de São Paulo: 1ª. parte – resultados para o conjunto da Unidade da Federação (VIII Recenseamento Geral, 1970)*. Rio de Janeiro. IBGE, 1973, v.1., tomo 18, p.XXXIII.
- BRASIL. Ministério do Planejamento e Orçamento. Fundação IBGE. *Censo demográfico 1991 de São Paulo: resultados da amostra – características gerais da população e instrução*. Rio de Janeiro : IBGE, 1996a, n.21, p.154.
- BRASIL. Ministério do Planejamento e Orçamento. Fundação IBGE. *Censo demográfico 1991 do Estado de São Paulo: resultados da amostra – nupcialidade, fecundidade e mortalidade*. Rio de Janeiro : IBGE, 1996b, n.21, p.174.
- BRASIL. Ministério do Planejamento e Orçamento. Fundação IBGE. *Censo demográfico 1991 do Estado de São Paulo: resultados da amostra – mão de obra*. Rio de Janeiro : IBGE, 1996c, n.21, p.306-97.

- BRASIL. Ministério do Planejamento e Orçamento. Fundação IBGE. *Censo demográfico 1991 do Estado de São Paulo: resultados da amostra – famílias e domicílios*. Rio de Janeiro : IBGE, 1996d, n.21, p.138.
- BRASIL. Secretaria de Planejamento da Presidência da República. Fundação IBGE. *Censo demográfico do Estado de São Paulo: dados distritais* (IX Recenseamento geral do Brasil 1980). Rio de Janeiro : IBGE, 1982a. v.1, tomo 3, n.17, p.132.
- BRASIL. Secretaria de Planejamento da Presidência da República. Fundação IBGE. *Censo demográfico do Estado de São Paulo: dados gerais: migração - instrução - fecundidade - mortalidade* (IX Recenseamento geral do Brasil 1980). Rio de Janeiro : IBGE, 1982b. v.1, tomo 4, n.19, p.552-666.
- BRASIL. Secretaria de Planejamento da Presidência da República. Fundação IBGE. *Censo demográfico do Estado de São Paulo: mão de obra* ((IX Recenseamento geral do Brasil 1980). Rio de Janeiro : IBGE, 1982c. v.1, tomo 5, n.19, p.270-354.
- BRASIL. Secretaria de Planejamento, orçamento e coordenação. Fundação IBGE. *Censo demográfico 1991 do Estado de São Paulo: resultados do universo relativo às características da população e dos domicílios*. Rio de Janeiro : IBGE, 1994. n.21, p.67-164.
- BREILH, J. *La triple carga (Trabajo, Práctica Doméstica y Procreación) Deterioro Prematura de la mujer en el neoliberalismo*. Quito : CEAS, 1991. cap.4, p.47-61.

- BRUSCHINI, C. Fazendo as perguntas certas? como tornar visível a contribuição econômica das mulheres para a sociedade? In: CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE SOCIOLOGIA DO TRABALHO, 2, 1996, Águas de Lindóia. *Anais...* Águas de Lindóia, 1996. p.1-24.
- BRUSCHINI, C. O trabalho da mulher no Brasil: tendências recentes. In: SAFFIOTI, H. I. B.; MUÑOZ-VARGAS, M. (Orgs.). *Mulher brasileira é assim*. Rio de Janeiro : Rosa dos Tempos: NIPAS; Brasília: UNICEF, 1994. p.63-93.
- CAMARGO, A. B. M., ORTIZ, L. P., FONSECA, L. A. M. Evolução da mortalidade por acidentes e violências em áreas metropolitanas. In: MONTEIRO, C. A. (Org.) *Velhos e novos males da saúde no Brasil – a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo : Hucitec, 1995. p.256-67.
- 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 Pública*, v.26, p.239-45, 1992.
- CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: BARATA, R. B. (Org.) *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro : ABRASCO, 1997. cap.2, p.31-40, 59-64.
- FERREIRA, C. E. C., WALDVOGEL, B. Os novos cenários da população paulista. In: FUNDAÇÃO SEADE. *Conjuntura Demográfica São Paulo* n.26, jan/mar 1994. São Paulo : SEADE, 1994. p.1-14
- FIORONI, M. M., EVANGELISTA JÚNIOR, I., GERVÁSIO, C. E. Cidade virtual Marília. Disponível em: <<http://www.zaz.com.br/cidades/mii/estat.htm>>. Acesso em: 25 mai. 2000).

- FONSECA, L. A. M. A evolução das doenças neoplásicas. In: MONTEIRO, C. A. (Org.) *Velhos e novos males da saúde no Brasil – a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo : Hucitec, 1995. p.268-78.
- FORMIGA, J. F. N. F. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil : uma análise do PAISM. In: GALVÃO, L. , DÍAZ, J. (Orgs). *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo : HUCITEC : Population Council, 1999. cap.4, p.151-62.
- FUNDAÇÃO IBGE. *Censo demográfico do estado de São Paulo (VIII Recenseamento Geral, 1970)*, Rio de Janeiro, 1973a. v.1. Tomo 18, pt.1, p.46-50, 233-59, 298, 437.
- FUNDAÇÃO IBGE. *Censo demográfico do estado de São Paulo (VIII Recenseamento Geral, 1970)*, Rio de Janeiro, 1973b. v.1, Tomo 18, pt.2, p.46-50, 233-59, 298, 437.
- FUNDAÇÃO IBGE. *Censo demográfico do estado de São Paulo: população e habitação, quadro de totais referentes ao Estado e de Distribuição segundo os Municípios: série regional (Recenseamento Geral do Brasil, 1º. de setembro de 1940)*. Rio de Janeiro, 1950, p.53.
- FUNDAÇÃO IBGE. Conselho Nacional de Estatística. *Censo demográfico do estado de São Paulo: série regional (VI Recenseamento Geral do Brasil, 1950)*, Rio de Janeiro, 1954, v.25, tomo 1, p.70.
- FUNDAÇÃO IBGE. *Contagem da população : Sistema IBGE de Recuperação automática, SIDRA-97*. Disponível em: <:<http://www.sidra.ibge.gov.br/cgi-bin/prtabl>>. Acesso em: 5 abr.1999.

- FUNDAÇÃO IBGE. Serviço Nacional de Recenseamento. *Sinopse preliminar do censo demográfico do estado de São Paulo* (VII Recenseamento Geral do Brasil, 1960). Rio de Janeiro, s.d., p.47.
- FUNDAÇÃO SEADE. *Coleção Realidade Paulista* : causas de morte e esperança de vida ao nascer no estado de São Paulo e regiões 1975-1983. São Paulo, 1990. p-9-24.
- FUNDAÇÃO SEADE. *Conjuntura Demográfica n.20/21, jul/dez 1992*. São Paulo, 1993. p.49-52.
- FUNDAÇÃO SEADE. *Microfichas* (óbitos gerais por causas de morte resumidas, segundo sexo e idade), 1969, 1970, 1971. São Paulo.
- GALVÃO, L. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, L. , DÍAZ, J. (Org.) *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo : Hucitec; Population Council, 1999. p.165-79.
- GOLDANI, A. M. O regime demográfico brasileiro nos anos 90: desigualdades, restrições e oportunidades demográficas. In: GALVÃO, L, DÍAZ, J. (Org.) *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo : Hucitec; Population Council, 1999. p.25-69.
- HADDAD, N., SILVA, M. B. Mortalidade feminina em idade reprodutiva no estado de São Paulo, Brasil, 1991-1995: causas básicas de óbito e mortalidade materna. *Rev. Saúde Publica*, v.34, p.64-70, 2000a.

- HADDAD, N., SILVA, M. B. Mortalidade por doenças cardiovasculares em mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos), no estado de São Paulo, Brasil, 1991 a 1995. *Arq. Bras. Cardio.*, v.75, p.369-74, 2000b.
- JORNADA deve cair, mas não para todos; mulher vai ganhar espaço; trabalhador entrará e sairá mais tarde do mercado. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 30 mai. 1999. Especial, p.1.
- KALACHE, A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. *Cad. Saúde Pública*, v.3, p.217-20, 1987.
- KERGOAT, D. Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In: LOPES, M. J. M., MEYER, D. E., WALDOV, V. R. (Org.) *Gênero & Saúde*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1996. cap. P.26.
- LAPREGA, M. R. *Evolução da mortalidade no município de Londrina, Paraná, no período de 1930 a 1982*. Contribuição ao estudo de seus determinantes. Ribeirão Preto, 1994. 290p. Dissertação (Doutorado em Medicina Social) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- LARA, P. C. *Marília: sua terra, sua gente*. Marília : Iguatemy Comunicações Ltda., 1991. p.34-217.
- LAURENTI, R. Morbidade e mortalidade feminina. In: BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. *Quando a paciente é mulher, relatório do encontro*. s.l.: Conselho Nacional dos Direitos da mulher, 1989. p.23-31.
- LAURENTI, R., JORGE, M. H. P. M., LEBRÃO, M. L., GLOTLIEB, S. L. D. *Estatísticas de saúde*. 2^a. ed. São Paulo : Pedagógico e Universitária Ltda., 1987. 186p.

- LAURENTI, R., BUSCHALLA, C. M., LÓLIO, C. A., SANTO, A. H., JORGE, M. H. P. M. Mortalidade de mulheres em idade fértil no município de São Paulo (Brasil), 1986. I – metodologia e resultados gerais. *Rev. Saúde Pública*, v.24, p.128-33, 1990a.
- LAURENTI, R., BUSCHALLA, C. M., LÓLIO, C. A., SANTO, A. H., JORGE, M. H. P. M. Mortalidade de mulheres em idade fértil no município de São Paulo (Brasil), 1986. II – mortes por causas maternas. *Rev. Saúde Pública*, v.24, p.468-72, 1990b.
- LEIVA FILHO, J. Ela quer dividir a tarefa doméstica para ganhar mais. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 30 mai. 1999. Especial. p.9.
- LEWIN, H. Educação e força de trabalho feminina no Brasil. *Cad. Pesqui.*, n.32, p.45-9, 1980.
- LIMA, M. E. B., DAU, D. M., GOULART, N., MARIA, L. S. Sindicalismo brasileiro, mulher e saúde. In: VILLELA, W. (Org.) *Revista do II Congresso Internacional Mulher, Trabalho e Saúde*. Rio de Janeiro : UNIFESP, 1999. p.45-8
- LOLIO, C. A. , LAURENTI, R., BUCHALA, C. M., SANTO, A. H., JORGE, M. H. P. M. Mortalidade de mulheres em idade fértil no município de São Paulo (Brasil), 1986. III – mortes por diferentes causas: doenças cardiovasculares. *Rev. Saúde Pública*, v.25, p.37-40, 1991.
- LOPES, L. C. Parque industrial muda em Marília. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 16 mai. 1999. Caderno 3, Economia, p.3

- LOTUFO, P. A., LOLIO, C. A. Tendências de evolução da mortalidade por doenças cardiovasculares: o caso do estado de São Paulo. In: MONTEIRO, C. A. (Org.) *Velhos e novos males da saúde no Brasil : a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo : Hucitec, 1995. p.279-88.
- MARÍLIA. Secretaria Municipal da Saúde. Equipe Técnica. *Plano Municipal de Saúde*. Marília, 1991. p.185.
- MARÍLIA. Prefeitura Municipal De Marília. Conselho Municipal de Desenvolvimento Industrial e Comercial. *Marília : símbolo de amor e liberdade*. Marília, 1995. 28p.
- MARILIA cresce e desenvolve 50 cidades. *Diário de Marília*, Marília, 4 abr. 2000. Cidade 1º. e 2º, p.1-8M.
- MARÍLIA. Secretaria Estadual da Saúde. DIR XIV. *SIM – Sistema de Informação de Mortalidade. Consolidado*. Marília, 1999.
- MELO, A. V. Mães adolescentes nas regiões de governo de São Paulo. In.: FUNDAÇÃO SEADE. *Conjuntura Demográfica n.24/25, jul/dez 1993*. São Paulo : SEADE, 1994. p.13-27.
- NEVES, M. A. Reestruturação Produtiva e Relações de Gênero. In: VILLELA, W. (Org.). *Revista do II Congresso Internacional Mulher, Trabalho e Saúde*. Rio de Janeiro : UNIFESP, p.17-22, 1999.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito; baseada nas recomendações da nova revisão*, 1975. São Paulo: Centro da OMS para classificação de doenças em Português, 1985. v.1.

- PAULA, S. G. *Morrendo à toa: causas da mortalidade no Brasil*. São Paulo: Ática, 1991. cap.4, p.99-108.
- PEREIRA, M. G. *Epidemiologia, teoria e prática*. Rio de Janeiro : Guanabara, 1995. cap.9, p.213.
- PORTILHO, M. A., SILVEIRA, P. R. M., ALVES, J. G., BONDAROVSKY, S., COELHO, N. A. Aterosclerose. *ARS Cvrandi*. v.32, p.21-34,1999.
- PÓVOAS, G. *Monografia*. Marília : Serviço de Estatística da Prefeitura de Marília. 1947. p.141-7.
- REA, M. F. et al. (Coords.) *Estudo multicêntrico da morbi-mortalidade feminina no Brasil: o estado de São Paulo*. São Paulo : NEPO/UNICAMP, 1999.
- RIQUELME Q. S., BARILARI DAVIES, E. Equidad y salud desde una perspectiva de gênero. *Cad. Med. Sociales*, v.38, p.55-65, 1997.
- RODRIGUES, R. N., GIRALDELLI, B. W. *Análise demográfica regional : Região de Marília : capitalizações do campo e expulsão da população*. São Paulo : SEADE, 1983. p.81.
- ROSEMBERG, F. A educação de mulheres jovens e adultas no Brasil. In: SAFFIOTI, H. I. B., MUÑOZ-VARGAS, M. (Orgs.). *Mulher brasileira é assim*. Rio de Janeiro : Rosa dos Tempos : NIPAS; Brasília, DF. : UNICEF, 1994. p.27-62.
- ROSEMBERG, F., AMADO, T. Mulheres na escola. *Cad. Pesqui.*, n.80, p.62-74, 1992.

- ROUQUAYROL, M. Z., VERAS, F. M. F., VASCONCELOS, J. S., BEZERRA, R. C. F., GOMES, I. L. P., BEZERRA, F. A. F. Fatores de risco na doença coronária. Inquérito epidemiológico em estratos habitacionais de um bairro de Fortaleza. *Arq. Bras. Cardiol.*, v.49, p.339-47, 1987.
- SALGADO NETTO, J. *Mortalidade materna: estudo em 3 municípios do estado de São Paulo: Bauru, Marília e Presidente Prudente. Período 1989/1990.* São Paulo, 1992. 137p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- SARTI, C. Feminismo no Brasil: uma trajetória particular. *Cad. Pesqui.*, n.64, p.38-47, 1988.
- SCHIRMER, J. Trabalho e maternidade: qual o custo para as mulheres? In: BRÊTAS, A. C. P. *Trabalho, saúde e gênero: na era da globalização.* Goiânia : AB, 1997. p.101-13.
- TANAKA, A. Y., SOUZA, E. C., JACOB, E., GURGEL, J. de A. H., REZENDE, K. T. A., MOREIRA, M., ROJAS, S. H. C. C., FERNANDES, S. F., BATISTA, W., RIBEIRO, Z. M. T. *Municipalização.* Marília, 1987. 78p. (Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Marília).
- VERMELHO, L. L., JORGE, M. H. P. M. Mortalidade de jovens: análise do período de 1930 a 1991 (a transição epidemiológica para a violência). *Rev. Saúde Publica*, v.30, p.319-31, 1996.
- W4 – CONSULTORIA EM INFORMÁTICA E ESTATÍSTICA S/C LTDA. *Projeção de população – Marília 1996/2001.* Marília, 1996. p.1-6. (Projeto UNI-Marília)



RESUMO

ROJAS, S. H. C. C. Participação da mulher na vida econômica e social do município de Marília/SP e sua situação de saúde. 136p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista – Campus de Botucatu.

A partir de dados de fontes secundárias, foi possível caracterizar a participação da mulher na vida econômica e social do município de Marília/SP, no período 1970-1991 e estudar a sua situação de saúde considerando a mortalidade na década de 80 (1980-1991). As mulheres incorporaram-se no mercado de trabalho pelo setor secundário da economia, indústria de transformação, com um crescimento igual a 257,4%, uma renda média mensal de um a dois salários mínimos e, apesar de as mulheres sem escolaridade predominarem, houve um incremento significativo na escolaridade delas. A participação da mulher como chefe de família cresceu no período estudado. As mulheres, com 60 anos e mais, apresentaram a maior concentração de óbito. As principais causas foram: doenças do aparelho circulatório; neoplasmas; sinais, sintomas e afecções mal definidas; doenças do aparelho respiratório; causas externas; doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários. O coeficiente padronizado de mortalidade de mulheres com 10 anos e mais de idade, reduziu-se, passando de 6,2 para 5,4 óbitos/mil mulheres, no entanto observamos que o risco de morrer das mulheres “*sem instrução*” foi ao redor de 25 vezes maior que o do grupo de “*maior escolaridade*”, o que traduz a imensa desigualdade de saúde e sobrevida resultante da desigualdade social. Mas, as mulheres com “*1º grau*” ou “*média escolaridade*” apresentaram, na década em estudo, maior aumento do risco de morrer, provavelmente, pela “*tríplice jornada*” que assumiram, sem contar com um equipamento social de apoio que pudesse atender às suas necessidades familiares (cuidado dos filhos) e pessoais (cuidado da saúde).

Palavras chaves: mulher; condições de vida; saúde; mortalidade.



SUMMARY

Rojas, S.H.C.C. The Participation of the woman in the economy and social life of the county of Marília – SP and about its health situation. 136p. Dissertation (Master Degree in collective health). Course of Medicine in the São Paulo State University – Campus of Botucatu.

From data of secondary sources, it was possible to characterize the participation of the woman in the economy and social life of the city of Marília-SP, in period 1970 - 1991 and to study its situation of health considering the mortality on the 80's decade (1980 – 1991). The women had incorporated themselves in the market of work for the secondary sector of the economy, hashing industry, with a growth of 257,4%, a monthly average income of one or two minimum wages and, although the women without scholarship predominate, had a significant increment in their scholarship. The participation of the woman as a family head grew in the studied period. The women, with 60 years and more, had presented the biggest concentration of death. The main causes had been: illnesses of the circulatory device, neoplasm's, signs and badly definite afecções, external illnesses of the respiratory device, causes, illnesses of the endocrine glands, the nutrition and the immune metabolism and upheavals. The standardized coefficient of mortality of women with 10 years and more than age, was scrum bled passing of 6.2 to 5.4 death/thousand women, however observes that the risk to die of the women “without instruction” was around of 25 times bigger that of the group of “bigger scholarship”, what it translates the immense inequality of resultant supervened health and of the social inequality. But, the women with “1º degree” or “average scholarship” had presented, in the decade of study, greater increase of the risk to die, probably, for the “triple journey” that had assumed, without counting on a social equipment of bracket that could take care to its familiar necessities (well taken-care of the children) and staffs (well taken-care of the health).

Key words: Woman, conditions of life, health and mortality.

ANEXOS

ANEXO I

Lista Básica de Causas para Mortalidade (Baseada na Lista Brasileira de Causas para Mortalidade)

CID (3 algarismo)	Código	Descrição
001	001	Cólera
002	002	Febres tifóide e paratifóide
004	003	Shiguelose
003, 005	004	Outras infecções intestinais
006	005	Amebíase
007, 008	006	Infecções intestinais por outros microrganismos
009	007	Infecções intestinais mal definidas
011	008	Tuberculose pulmonar
010, 012	009	Infec. Tuberculosa primária e outras pulmonares
013	010	Tb das meninges e sistema nervoso central
014 a 017	011	Tuberculose de outros órgãos
018	012	Tuberculose miliar
030	013	Hanseníase
032	014	Difteria
033	015	Coqueluche
034, 035	016	Erisipelas e outras estreptococcias
036	017	Infecção meningocócica
037	018	Tétano
038	019	Septicemia
020 a 027, 031, 039 a 041	020	Outras infecções bacterianas
045	021	Poliomielite aguda
050	022	Variola
055	023	Sarampo
060	024	Febre amarela
062 a 064	025	Encefalites virais
070	026	Hepatite por vírus
071	027	Raiva
046 a 049	028	Outras viroses do sistema nervoso central
051 a 054, 056, 057, 061, 065, 066, 072 a 079	029	Outras viroses
084	030	Malária
085	031	Leishmaniose
086	032	Tripanossomíase
080 a 083, 087, 088	033	Rickettsioses e outras doenças transmitidas por artrópodes
090	034	Sífilis congênita
091 a 097	035	Outras formas de sífilis
098, 099	036	Outras doenças venéreas
100	037	Leptospirose
116	038	Infecção blastomicrobica
120	039	Esquistossomose
126	040	Ancilostomíase e necatoríase
137	041	Efeitos tardios da tuberculose
101 a 104, 110 a 115, 117, 118, 121 a 125, 127 a 129, 130 a 136, 138, 139	042	Outras doenças infecciosas e parasitárias
150	043	Neoplasma maligno do esôfago
151	044	Neoplasma maligno do estômago
153	045	Neoplasma maligno do cólon
154	046	Neoplasma maligno do reto, reto-sigmóide e ânus
157	047	Neoplasma maligno do pâncreas
161	048	Neoplasma maligno da laringe
162	049	Neoplasma maligno da traquéia, brônquios e pulmões
174	050	Neoplasma maligno da mama feminina
180	051	Neoplasma maligno do colo de útero
179, 182	052	
185	053	Outros neoplasmas malignos do útero
188, 189	054	Neoplasmas malignos de órgãos urinários
CID (3 algarismo)	Código	Descrição

191, 192	055	Neoplasmas malignos do encéfalo e outras partes do sistema nervoso
204 a 208	056	Leucemias
140 a 149, 152, 155, 156, 158 a 160, 163 a 165, 170 a 173, 175, 181, 183, 184, 186, 187, 190, 193 a 203	057	Outros neoplasmas malignos
218 e 219	058	Neoplasmas benignos de útero
210 a 217, 220 a 239	059	Outros neoplasmas benignos, carcinoma <i>in situ</i> , neoplasmas de comportamento incerto
240 a 246	060	Transtornos da tireóide
250	061	Diabetes mellitus
251 a 259	062	Outras doenças endócrinas
261	063	Marasmo nutricional
263	064	Outros tipos de desnutrição protéico-calórica e os não especificados
260, 262	066	Kwashiorkor e outras formas de desnutrição protéico-calóricas graves
264 a 275	067	Outras deficiências nutricionais e outros transtornos do metabolismo
276	068	Transtornos do equilíbrio hidroeletrolítico e ácido-básico
280 e 281	069	Anemias por deficiência
282 a 285	070	Outras anemias
286 a 289	071	Outras doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos
303	072	Síndrome da dependência do álcool
290 a 302, 304 a 319	073	Outros transtornos mentais
320 a 322	074	Meningites
323 a 326	075	Outras doenças inflamatórias do sistema nervoso central
330 a 344, 346 a 380, 384 a 389	076	Outras doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos
345	077	Epilepsia
381 a 383	078	Otite e mastoidite
390 a 392	079	Febre reumática ativa
393 a 398	080	Doença reumática crônica do coração
401 a 405	081	Doença hipertensiva
410	082	Infarto agudo do miocárdio
411 a 414	083	Outras doenças isquêmicas do coração
415 a 417	084	Doenças da circulação pulmonar
420 a 422	085	Pericardite, endocardite e miocardite agudas e subagudas
424	086	Outras doenças do endocárdio
425	087	Cardiomiopatias
428	088	Insuficiência cardíaca
429, 423	089	Outras doenças do coração
430 a 438	090	Doenças cerebrovasculares
440	091	Aterosclerose
441 a 459	092	Outras doenças do aparelho circulatório
426 e 427	093	Arritmias cardíacas e transtornos da condução
460 a 465, 470 a 478	094	Outras infecções respiratórias agudas e outras doenças das vias respiratórias superiores
480 a 486	095	Pneumonias
487	096	Gripe
490 a 493	097	Bronquite crônica, enfisema e asma
500 a 508	098	Pneumoconioses e outras doenças do pulmão devidas a agentes externos
494 a 496, 510 a 519	099	Outras doenças do aparelho respiratório
466	100	Bronquite e bronquite agudas
531 a 534	101	Úlcera péptica
540 a 543	102	Apendicites
550 a 553	103	Hérnia da cavidade abdominal
560	104	Obstrução intestinal sem menção de hérnia
571	105	Doenças crônicas do fígado e cirrose
520 a 530, 535 a 537	106	Doenças da boca, glândulas salivares, maxilares e outras doenças do esôfago, estômago e duodeno
555 a 558, 562 a 570, 572 a 579	107	Outras doenças do aparelho digestivo
580 a 589	108	Nefrite, síndrome nefrótica e nefrose
CID (3 algarismo)	Código	Descrição
590, 595	109	Doenças infecciosas do aparelho urinário

591 a 594, 596 a 599	110	Outras doenças do aparelho urinário
600	111	Hiperplasia de próstata
601 a 608	112	Outras doenças dos órgãos genitais masculinos
614 a 616	113	Doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos
610 e 611	114	Doenças da mama
617 a 629	115	Outros transtornos do trato genital feminino
630 a 639	116	Gravidez terminada em aborto
640 a 646, 650 a 676	117	Outras complicações da gravidez, parto e puerpério
647 e 648	118	Doenças da mãe, classificadas em outra parte, complicando gravidez, parto ou puerpério
710 a 719	119	Artropatias e transtornos afins
730	120	Osteomielites, periostite e outras infecções que atingem os ossos
720 a 729, 731 a 739	121	Outras doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
680 a 709	122	Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo
740 a 742	123	Anomalias congênitas do sistema nervoso
745 a 747	124	Anomalias congênitas do aparelho circulatório
749	125	Fissura da abóboda palatina e lábio leporino
743, 744, 748, 750 a 759	126	Outras anomalias congênitas
760	127	Afecções maternas, não obrigatoriamente à gravidez atual, que afetam o feto ou o recém-nascido
761 a 763	128	Complicações maternas da gravidez, da placenta, cordão ou membranas e outras complicações do trabalho de parto que afetam o feto ou o recém-nascido
764 e 765	129	Crescimento fetal retardado ou má nutrição fetal e transtornos relacionados a gestação de curta duração ou baixo peso ao nascer
767	130	Traumatismo ocorrido durante o nascimento
768 a 770	131	Afecções respiratórias do feto e do recém-nascido
773	132	Doença hemolítica do feto ou recém-nascido
771.3	133	Tétano neonatal
766, 771 (exceto 771.3), 772, 774 a 779	134	Outras afecções originadas no período perinatal
785	135	Sintomas do aparelho cardiovascular
797	136	Senilidade
798.9	137	Sem assistência médica
780 a 784, 786 a 796, 798 (exceto 798.9), 799	138	Outros sintomas, sinais e afecções mal definidas
810 a 819	139	Acidentes de trânsito de veículos a motor
820 a 825	140	Acidentes de veículos a motor, exceto os de trânsito
826 a 829	141	Acidentes de outros veículos de estrada
830 a 848	142	Outros acidentes de transporte
850 a 869	143	Intoxicações acidentais
870 a 879	144	Acidentes provocados durante prestação de cuidados médicos
880 a 888	145	Quedas acidentais
890 a 899	146	Acidentes causados pelo fogo
900 a 909	147	Acidentes devidos a fatores naturais e ambientais
910	148	Afogamento e submersão acidentais
911 a 915	149	Outros acidentes devidos a submersão, sufocação e corpos estranhos
916 a 929	150	Outros acidentes
930 a 949	151	Efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas utilizadas com finalidade terapêutica
950 a 959	152	Suicídio
960 a 969	153	Homicídios
980 a 989	154	Lesões que se ignora se acidentais ou intencionais
970 a 978, 990 a 999	155	Outras causas externas
800 a 809	156	Acidentes de estrada de ferro

ANEXO II

1. Distribuição de frequências dos óbitos das mulheres com 10 anos e mais, segundo os seis principais grupos de causas e diagnósticos, município de Marília/SP, 1979 a 1981.

CAUSAS BÁSICAS (CID – 9)	Declaração de Óbitos	
	f	%
VII – Doenças do Aparelho Circulatório (390 – 459)	372	46,7
– Doenças cerebra vasculares (430 – 438)	163	20,5
– Doença isquêmica do coração (410 – 414)	104	13,0
– Doenças da circulação pulmonar e outras formas de doença do coração (415 – 417, 420 – 429)	61	7,7
– Doença hipertensiva (401 – 405)	20	2,5
– Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares (440 – 448)	20	2,5
– Doença reumática crônica do coração (393 – 398)	4	0,5
II – Neoplasma (140 – 239)	104	13,0
– Neoplasmas malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopóéticos (140 – 208)	102	12,8
– Neoplasmas benignos, carcinoma <i>in situ</i> e tumores de natureza não especificada (210 – 239)	2	0,2
XVI – Sintomas, sinais e afecções mal definidas (780 – 799)	84	10,6
VIII – Doenças do Aparelho Respiratório (460 – 519)	59	7,4
– Pneumonia (480 – 486)	29	3,6
– Doença pulmonar obstrutiva crônica e afecções afins (490 – 493)	20	2,5
– Outras doenças do Aparelho Respiratório (510 – 519)	10	1,3
III – Doenças das Glândulas Endócrinas da Nutrição e do Metabolismo e transtornos Imunitários (240 – 270)	43	5,4
– Doenças de outras glândulas endócrinas (250)	40	5,0
– Deficientes nutricionais (260 – 269)	2	0,3
– Outros transtornos metabólicos e transtornos imunitários (270 – 279)	1	0,1
XVII – Causas externas (E800 – E999)	41	5,2
– Acidentes de transportes (E800 – E848)	24	3,0
– Suicídio e lesões auto infligidas (E950 – E959)	8	1,0
– Outros acidentes (E916 – E928)	2	0,3
– Outros acidentes (incluindo efeitos tardios e efeitos adversas de drogas (E916 – E928, E929, E930 – E949)	2	0,3
– Homicídios e lesões provocadas intencionalmente por outras pessoas (E960 – E969)	2	0,3
– Acidentes devidos a submersão, sufocação e corpos estranhos (E910 – E915)	1	0,1
– Quedas acidentais (E880 – E888)	1	0,1
– Acidentes causadas pelo fogo e chamas (E890 – E899)	1	0,1
TOTAL	703	88,3

Fonte: DATASUS – SIM, 1979-1996.

2. Distribuição de frequências dos óbitos das mulheres com 10 – 19 anos, segundo os seis principais grupos de causas e diagnósticos, município de Marília/SP, 1979 a 1981.

CAUSAS BÁSICAS (CID – 9)	Declaração de Óbitos	
	f	%
XVII – Causas externas (E800 – E999)	8	57,0
– Acidentes de transporte (E810 – E819)	3	21,4
– Suicídio e lesões auto-infligidas (E950 – E959)	2	14,3
– Outros acidentes incluindo efeitos tardios e efeitos adversos de drogas (E916 – E928, E929, E930 – E949)	1	7,1
– Homicídios e lesões provocadas intencionalmente por outras pessoas (E960 – E969)	1	7,1
– Acidentes devidos a submersão, sufocação e corpos estranhos (E910 – E915)	1	7,1
XVI – Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidas	2	14,3
XIV – Anomalias Congênitas (740 – 759)	2	14,3
– Anomalias congênitas do coração e do aparelho circulatório (746 – 747)	1	7,15
VI – Doenças do Sistema Nervoso e dos órgãos do sentido (320–389)	1	7,1
– Meningite (320 – 322)	1	7,1
IV – Doenças do sangue e órgãos hematopóéticos (280 – 289)	1	7,1
TOTAL	14	100,0

Fonte: DATASUS – SIM, 1979-1996.

3. Distribuição de frequências dos óbitos das mulheres com 20 – 39 anos, segundo os seis principais grupos de causas e diagnósticos, município de Marília/SP, 1979 a 1981.

CAUSAS BÁSICAS (CID – 9)	Declaração de Óbitos	
	f	%
VII – Doenças do Aparelho Circulatório (390 – 459)	16	24,6
– Doenças da circulação pulmonar e outras formas de doença do coração (415 – 417, 420 – 429)	9	13,8
– Doenças cerebrovasculares (430 – 438)	6	9,2
– Doenças reumáticas crônicas do coração (393 – 398)	1	1,6
XVII – Causas externas (E800 – E999)	14	21,5
– Acidentes de transportes (E800 – E848)	8	12,3
– Suicídio e lesões auto infligidas (E950 – E959)	3	4,7
– Acidentes causados pelo fogo e chamas (E890 – E899)	1	1,5
– Outros acidentes (E916 – E928)	1	1,5
– Outros acidentes (incluindo efeitos tardios e efeitos adversas de drogas (E916 – E928, E929, E930 – E949)	1	1,5
II – Neoplasmas (140 – 239)	10	15,4
– Tumores malignos incluindo os Neoplasmas do tecido linfático e órgãos hematopóéticos (140 – 209)	10	15,4
XVI – Sintomas sinais e afecções mal definidas (780 – 799)	6	9,2
I – Doenças Infecciosas e Parasitárias (001 – 139)	5	7,7
– Rickettsioses e outras doenças transmitidas por artrópodes (086)	3	4,7
– Tuberculose (010 – 012)	1	1,5
– Doenças infecciosas intestinais (008)	1	1,5
XI – Complicações da Gravidez, do Parto e do Puerpério (630 – 676)	4	6,2
– Causas obstétricas diretas	4	6,2
TOTAL	55	84,6

Fonte: DATASUS – SIM, 1979-1996.

4. Distribuição de frequências dos óbitos das mulheres com 40 – 59 anos, segundo os seis principais grupos de causas e diagnósticos, município de Marília/SP, 1979 a 1981.

CAUSAS BÁSICAS (CID – 9)	Declaração de Óbitos	
	f	%
VII – Doenças do Aparelho Circulatório (390 – 459)	63	34,3
– Doenças cerebrovasculares (430 – 438)	37	20,2
– Doença isquêmica do coração (410 – 414)	8	4,4
– Doenças da circulação pulmonar e outras formas de doença do coração (415 – 417, 420 – 429)	6	3,3
– Doença hipertensiva (401 – 405)	5	2,7
– Doenças das artérias, das artériolas e dos capilares (440 – 448)	5	2,7
– Doença reumática crônica do coração (393 – 398)	2	1,0
II – Neoplasmas (140 – 239)	38	20,8
– Neoplasmas malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopóéticos (140 – 208)	37	20,2
– Neoplasmas benignos, carcinoma "in situ" e tumores de natureza não especificada (210 – 239)	1	0,6
XVI – Sintomas sinais e afecções mal definidas (780 – 799)	21	11,5
VIII – Doenças do Aparelho Respiratório (460 – 519)	13	7,1
– Outras doenças do Aparelhos respiratório (510 – 519)	6	3,3
– Pneumonia (480 – 486)	4	2,2
– Doença pulmonar obstrutiva crônica e afecções afins (490 – 493)	3	1,6
I – Doenças Infeciosas e Parasitárias (001 – 139)	10	5,5
– Rickettsioses e outras doenças transmitidas por artrópodes (086)	6	3,3
– Outras doenças bacterianas (030)	2	1,0
– Doenças infecciosas intestinais (009)	1	0,6
– Doenças virais (045 – 079)	1	0,6
III – Doenças das Glândulas Endócrinas da Nutrição e do Metabolismo e transtornos Imunitários (240 – 270)	8	4,4
– Doenças de outras glândulas endócrinas (250)	8	4,4
TOTAL	153	83,6

Fonte: DATASUS – SIM, 1979-1996.

5. Distribuição de frequências dos óbitos das mulheres com 60 anos e mais, segundo os seis principais grupos de causas e diagnósticos, município de Marília/SP, 1979 a 1981.

CAUSAS BÁSICAS (CID – 9)	Declaração de Óbitos	
	f	%
VII – Doenças do Aparelho Circulatório (390 – 459)	293	54,9
– Doenças cerebrovasculares (430 – 438)	120	22,5
– Doença isquêmica do coração (410 – 414)	96	18,0
– Doenças da circulação pulmonar e outras formas de doença do coração (415 – 417, 420 – 429)	46	8,6
– Doença hipertensiva (401 – 405)	15	2,8
– Doenças das artérias, das artérias e dos capilares (440 – 448)	15	2,8
– Doença reumática crônica do coração (393 – 398)	1	0,2
II – Neoplasmas (140 – 239)	56	10,5
– Neoplasmas malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopóéticos (140 – 208)	55	10,3
– Neoplasmas benignos, carcinoma "in situ" e tumores de natureza não especificada (210 – 239)	1	0,2
XVI – Sintomas sinais e afecções mal definidas (780 – 799)	55	10,3
VIII – Doenças do Aparelho Respiratório (460 – 519)	45	8,4
– Pneumonia (480 – 486)	25	4,7
– Doença pulmonar obstrutiva crônica e afecções afins (490 – 493)	17	3,2
– Outras doenças do Aparelhos respiratório (510 – 519)	3	0,5
III – Doenças das Glândulas Endócrinas da Nutrição e do Metabolismo e transtornos Imunitários (240 – 270)	35	6,6
– Doenças de outras glândulas endócrinas (250)	33	6,2
– Deficiências nutricionais (260 – 269)	2	0,4
IX – Doenças do Aparelho Digestivo (520 – 579)	20	3,7
– Outras doenças do aparelho digestivo (570 – 579)	14	2,6
– Hérnia da cavidade abdominal (550 – 553)	4	0,7
– Doenças do esôfago, do estômago e do duodeno (531, 532)	1	0,2
– Outras doenças dos intestinos e do peritônio (560)	1	0,2
TOTAL	504	94,4

Fonte: DATASUS – SIM, 1979-1996.

ANEXO III

1. Distribuição de frequências dos óbitos das mulheres com 10 anos e mais, segundo os seis principais grupos de causas e diagnósticos, município de Marília/SP, 1990 a 1992.

CAUSAS BÁSICAS (CID – 9)	Declaração de Óbitos	
	f	%
VII – Doenças do Aparelho Circulatório (390 – 459)	393	35,1
– Doenças cerebrovasculares (430 – 438)	137	12,3
– Doenças da circulação pulmonar e outras formas de doença do coração (415 – 417, 420 – 429)	115	10,3
– Doença isquêmica do coração (410 – 414)	77	6,9
– Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares (440 – 448)	39	3,5
– Doença hipertensiva (401 – 405)	19	1,7
– Doença reumática crônica do coração (393 – 398)	6	0,5
XVI – Sintomas sinais e afecções mal definidas (780 – 799)	183	16,4
II – Neoplasmas (140 – 239)	169	15,1
– Tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopóeticos (140 – 208)	165	14,8
– Tumores benignos, carcinoma "in situ" e tumores de natureza não especificada (210 – 239)	4	0,3
VIII – Doenças do Aparelho Respiratório (460 – 519)	105	9,4
– Pneumonia (480 – 486)	65	5,9
– Outras doenças do Aparelho Respiratório (510 – 519)	31	2,8
– Doença pulmonar obstrutiva crônica e afecções afins (490– 493)	5	0,4
– Pneumonite devido a sólidos e líquidos (507)	4	0,3
XVII – Causas externas (E800 – E999)	63	5,6
– Acidentes de transportes (E800 – E848)	30	2,6
– Quedas acidentais (E880 – E888)	7	0,6
– Suicídio e lesões auto infligidas (E950 – E959)	7	0,6
– Outros acidentes (incluindo efeitos tardios e efeitos adversas de drogas (E916 – E928, E929, E930 – E949)	6	0,5
– Acidentes causados pelo fogo e chamas (E890 – E899)	4	0,4
– Homicídios e lesões provocadas intencionalmente por outras pessoas (E960 – E969)	4	0,4
– Acidentes devidos a submersão, sufocação e corpos estranhos (E910 – E915)	4	0,4
– Outras violências	1	0,1
III – Doenças das Glândulas Endócrinas da Nutrição e do Metabolismo e transtornos Imunitários (240 – 270)	61	5,5
– Doenças de outras glândulas endócrinas (250-259)	55	4,9
– Deficientes nutricionais (260 – 269)	6	0,6
TOTAL	968	86,6

Fonte: DATASUS – SIM, 1979-1996.

2. Distribuição de frequências dos óbitos das mulheres com 10 – 19 anos, segundo os seis principais grupos de causas e diagnósticos, município de Marília/SP, 1990 a 1992.

CAUSAS BÁSICAS (CID – 9)	Declaração de Óbitos	
	f	%
XVII – Causas externas (E800 – E999)	11	61,1
– Acidentes de transporte (E810 – E819)	7	38,9
– Acidentes devidos a submersão, sufocação e corpos estranhos (E910 – E915)	2	11,0
– Suicídio e lesões auto-infligidas (E950 – E959)	1	5,5
– Homicídios e lesões provocadas intencionalmente por outras pessoas (E960 – E969)	1	5,5
VIII – Doenças do Aparelho Respiratório (460 – 519)	2	11,0
– Pneumonia e gripe (480 – 486)	2	11,0
VII – Doenças do Aparelho Circulatório (390 – 459)	2	11,0
– Doenças cerebrovasculares (430 – 438)	1	5,5
– Doenças da circulação pulmonar e outras formas de doença do coração (415 – 417, 420 – 429)	1	5,5
II – Neoplasmas (140 – 239)	1	5,5
– Tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopóéticos (140 – 208)	1	5,5
VI – Doenças do Sistema Nervoso e dos órgãos do sentido (320–389)	1	5,5
XVI – Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidas	1	5,5
TOTAL	18	100

Fonte: DATASUS – SIM, 1979-1996.

3. Distribuição de frequências dos óbitos das mulheres com 20 – 39 anos, segundo os seis principais grupos de causas e diagnósticos, município de Marília/SP, 1990 a 1992.

CAUSAS BÁSICAS (CID – 9)	Declaração de Óbitos	
	f	%
XVII – Causas externas (E800 – E999)	20	23,5
– Acidentes de transportes (E800 – E848)	6	7,0
– Suicídio e lesões auto infligidas (E950 – E959)	5	5,9
– Outros acidentes (E916 – E928)	4	4,7
– Homicídios e lesões provocadas intencionalmente por outras pessoas (E960 – E969)	2	2,3
– Acidentes causados pelo fogo e chamas (E890 – E899)	1	1,2
– Acidentes devidos a submersão, sufocação e corpos estranhos (E910)	1	1,2
– Acidentes provocados em pacientes durante prestação de cuidados médicos e cirúrgicos	1	1,2
II – Neoplasmas (140 – 239)	14	16,5
– Tumores malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopóéticos (140 – 208)	14	16,5
XVI – Sintomas sinais e afecções mal definidas (780 – 799)	9	10,6
VIII – Doenças do Aparelho Respiratório (460 – 519)	7	8,2
– Pneumonia e gripe (480 – 486)	4	4,7
– Outras doenças do Aparelho respiratório (510 – 519)	1	1,2
– Pneumoconioses e outras doenças do pulmão devidas a agentes externos (507)	1	1,2
– Doença pulmonar obstrutiva crônica e afecções afins (490 – 493)	1	1,2
III – Doenças das Glândulas Endócrinas da Nutrição e do Metabolismo e transtornos Imunitários (240 – 270)	6	7,1
– Doenças de outras glândulas endócrinas (250 – 259)	5	5,9
– Deficientes nutricionais (260 – 269)	1	1,2
VII – Doenças do Aparelho Circulatório (390 – 459)	5	5,9
– Doenças cerebrovasculares (430 – 438)	3	3,6
– Doença reumática crônica do coração (393 – 398)	2	2,3
IX – Doenças do Aparelho digestivo (520 – 579)	5	5,9
– Outras doenças do aparelhos digestivo (570 – 579)	4	4,7
– Outras doenças dos intestinos e do peritônio (560 – 569)	1	1,2
TOTAL	66	77,6

Fonte: DATASUS – SIM, 1979-1996.

4. Distribuição de frequências dos óbitos das mulheres com 40 – 59 anos, segundo os seis principais grupos de causas e diagnósticos, município de Marília/SP, 1990 a 1992.

CAUSAS BÁSICAS (CID – 9)	Declaração de Óbitos	
	f	%
VII – Doenças do Aparelho Circulatório (390 – 459)	69	33,7
– Doenças cerebrovasculares (430 – 438)	25	12,2
– Doenças da circulação pulmonar e outras formas de doença do coração (415 – 417, 420 – 429)	25	12,2
– Doença isquêmica do coração (410 – 414)	8	3,9
– Doença hipertensiva (401 – 405)	6	2,9
– Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares (440 – 448)	4	2,0
– Doença reumática crônica do coração (393 – 398)	1	0,5
II – Neoplasmas (140 – 239)	42	20,5
– Neoplasmas malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopóéticos (140 – 208)	40	19,5
– Neoplasmas benignos, carcinoma <i>in situ</i> e tumores de natureza não especificada (210 – 239)	2	1,0
XVI – Sintomas sinais e afecções mal definidas (780 – 799)	41	20,0
IX – Doenças do Aparelho digestivo (520 – 579)	13	6,3
– Outras doenças do aparelhos digestivo (570 – 579)	11	5,4
– Outras doenças dos intestinos e do peritônio (560 – 569)	2	0,9
XVII – Causas externas (E800 – E999)	12	5,9
– Acidentes de transportes (E800 – E848)	8	3,9
– Acidentes causados pelo fogo e chamas (E890 – E899)	2	1,0
– Suicídio e lesões auto infligidas (E950 – E959)	1	0,5
– Homicídios e lesões provocadas intencionalmente por outras pessoas (E960 – E969)	1	0,5
I – Doenças Infecciosas e Parasitárias (001 – 139)	7	3,4
– Rickettsioses e outras doenças transmitidas por artrópodes (086)	4	1,9
– Doenças infecciosas intestinais (008)	2	1,0
– Outras doenças bacterianas (030 – 041)	1	0,5
VIII – Doenças do Aparelho Respiratório (460 – 519)	7	3,4
– Pneumonia (480 - 486)	4	2,0
– Outras doenças do aparelho respiratório (510 – 519)	3	1,4
TOTAL	191	93,2

Fonte: DATASUS – SIM, 1979-1996.

5. Distribuição de frequências dos óbitos das mulheres com 60 anos e mais, segundo os seis principais grupos de causas e diagnósticos, município de Marília/SP, 1990 a 1992.

CAUSAS BÁSICAS (CID – 9)	Declaração de Óbitos	
	f	%
VII – Doenças do Aparelho Circulatório (390 – 459)	317	39,1
– Doenças cerebrovasculares (430 – 438)	108	13,3
– Doenças da circulação pulmonar e outras formas de doença do coração (415 – 417, 420 – 429)	89	11,0
– Doença isquêmica do coração (410 – 414)	69	8,5
– Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares (440 – 448)	35	4,3
– Doença hipertensiva (401 – 405)	13	1,6
– Doença reumática crônica do coração (393 – 398)	3	0,4
XVI – Sintomas sinais e afecções mal definidas (780 – 799)	132	16,3
II – Neoplasmas (140 – 239)	112	13,8
– Neoplasmas malignos, incluindo os neoplasmas do tecido linfático e dos órgãos hematopóéticos (140 – 208)	110	13,6
– Neoplasmas benignos, carcinoma <i>in situ</i> e tumores de natureza não especificada (210 – 239)	2	0,2
VIII – Doenças do Aparelho Respiratório (460 – 519)	89	11,0
– Pneumonia (480 – 486)	55	6,8
– Outras doenças do Aparelhos respiratório (510 – 519)	27	3,3
– Doença pulmonar obstrutiva crônica e afecções afins (490 – 493)	4	0,5
– Pneumoconioses e outras doenças do pulmão devidas a agentes externos (507)	3	0,4
III – Doenças das Glândulas Endócrinas da Nutrição e do Metabolismo e transtornos Imunitários (240 – 270)	49	6,0
– Doenças de outras glândulas endócrinas (250-259)	40	4,9
– Deficiências nutricionais (260 – 269)	9	1,1
IX – Doenças do Aparelho Digestivo (520 – 579)	33	4,0
– Outras doenças do aparelho digestivo (570 – 579)	29	3,5
– Doenças do esôfago, do estômago e do duodeno (531, 532)	2	0,2
– Hérnia da cavidade abdominal (550 – 553)	2	0,2
– Outras doenças dos intestinos e do peritônio (560)	1	0,1
TOTAL	732	90,3

Fonte: DATASUS – SIM, 1979-1996.