

CURSO DE ENFERMAGEM

Milena Klix de Abreu Pereira

**MORTALIDADE FEMININA – PERFIL DE ÓBITOS NA IDADE FÉRTIL NÃO
ASSOCIADOS À MATERNIDADE**

Santa Cruz do Sul

2019

Milena Klix de Abreu Pereira

**MORTALIDADE FEMININA – PERFIL DE ÓBITOS NA IDADE FÉRTIL NÃO
ASSOCIADOS À MATERNIDADE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador (a): Prof^a Dr^a Vera da Costa Somavilla

Santa Cruz do Sul

2019

Santa Cruz do Sul, junho de 2019

**MORTALIDADE FEMININA – PERFIL DE ÓBITOS NA IDADE FÉRTIL NÃO
ASSOCIADOS À MATERNIDADE**

Milena Klix de Abreu Pereira

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para
obtenção do título de Enfermeiro.

Foi aprovada em sua versão final, em_____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Enf^ª Dra. Vera E. da Costa Somavilla

Orientadora

Prof^ª. Enf^ª Dra. Aline F. Fischborn

Membro

Prof. Enf. Nestor Pedro Roos

Membro

AGRADECIMENTOS

Àquele que me revestiu de forças e aperfeiçoou o meu caminho. Que transformou os meus vales em mananciais de bênçãos e minhas lágrimas em óleo de alegria. Que ouviu minhas orações no secreto, transformando a minha sorte e fazendo grandes coisas por mim. Que me escolheu e me deu o dom para exercer minha profissão: Deus.

Agradeço ao meu marido pelo apoio, pelo amor, cuidado e paciência nessa jornada, e por estar ao meu lado compartilhando essa conquista.

Aos meus pais, por me ensinarem pelo exemplo. Exemplo de trabalho, de perseverança, de humildade, de amor ao próximo, de fé. Por sempre me ouvirem, me aconselharem e orarem por mim nessa fase importante da minha vida.

À minha irmã, meu presente de Deus, que por muitas e muitas vezes me ouviu chorar, me aconselhou, me viu sorrir e vibrou com cada uma das minhas conquistas acadêmicas.

Aos meus sogros, por me darem suporte, sem medir esforços, durante todo o período de graduação.

Aos meus mestres, exemplos na profissão de enfermagem, por ensinarem com tanta dedicação e paciência. Por depositarem em mim confiança para ser sua colega de profissão. Em especial agradeço à minha professora orientadora Vera Somavilla por acreditar na minha proposta do projeto de monografia e trilhar comigo essa caminhada de aprendizagem.

Minha eterna gratidão a todos!

SUMÁRIO

ARTIGO ORIGINAL	06
Resumo	07
Abstract	07
Resumen	08
Introdução	09
Métodos	11
Resultados	12
Discussão	16
Contribuições dos Autores	22
Referências	22
ANEXO A – Normas de publicação da Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde.....	25
ANEXO B- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	43
ANEXO C- Projeto de Monografia.....	46

Artigo Original

Mortalidade Feminina - Perfil de Óbitos na Idade Fértil Não Associados à Maternidade

Female Mortality Rate – Profile of deaths in reproductive age not related to maternity

Mortalidad Femenina – Perfil de Óbitos en la Edad Fértil No Asociados a la Maternidad

Mortalidade Feminina na Idade Fértil

Milena Klix de Abreu Pereira, Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil; ORCI iD <https://orcid.org/0000-0002-8005-8266>
mklixdeabrepereira@gmail.com;

Vera Elenei da Costa Somavilla, Departamento de Enfermagem e Odontologia, Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil; ORCI iD <https://orcid.org/0000-0001-9759-8659> veras@unisc.br

Avenida Independência, 2293 - Universitário, Santa Cruz do Sul – RS. Sala 326

Fone: (51) 3717-7300

Autor correspondente: Milena Klix de Abreu Pereira; Rua Presidente Afonso Pena 98, Goiás, Santa Cruz do Sul, RS; CEP 96810-260; mklixdeabrepereira@gmail.com (51) 9 99692138;

Resumo: pag. 7: 148 palavras;

Abstract: pag. 7: 138 palavras;

Resumen: pag. 8: 163 palabras;

Texto completo: pag. 9 -22: 3.466 palavras;

Resumo

Objetivo: Identificar as causas de mortalidade em mulheres na idade fértil (MIF) no município de Santa Cruz do Sul, nos últimos cinco anos (2013-2017), descrevendo seu perfil, buscando medidas de prevenção e promoção da saúde. **Métodos:** Estudo epidemiológico, abordagem quali-quantitativa de caráter descritivo exploratório do tipo documental. Os dados foram produzidos através da análise de Declarações de Óbito no Sistema de Informações sobre Mortalidade do município. **Resultados:** O perfil da mortalidade das MIF é de mulheres de raça branca, com idade entre 40 e 49 anos, tendo de 8 a 11 anos de estudo, que desempenhavam algum tipo de atividade laboral e residiam em bairros da zona rural. A principal causa de mortalidade foi a neoplasia, com destaque para a de brônquios de pulmões. **Conclusão:** Os dados mostram a importância de investir na promoção da saúde das mulheres e prevenção do câncer, principalmente o de brônquios e pulmões.

Palavras-chave: mortalidade; mulher; saúde da mulher; neoplasia.

Abstract

Objective: Identify the causes of mortality among women of reproductive age (WRA) in the city of Santa Cruz do Sul over the last five years (2013-2017), describe their profile, aiming at prevention and health promotion strategies. **Methods:** Epidemiological study, qualitative-quantitative approach following an exploratory descriptive and documentary research method. The data were obtained from the analysis of the Declaration of Deaths in the Mortality Information System of the municipality. **Results:** The mortality in WRA reveals a profile of white women, aged between 40 and 49 years, with 8 to 11 years of schooling, who had a working activity and lived in rural areas. The main cause of mortality was neoplasm, more predominant in bronchi and lungs. **Conclusion:** The data evidence the importance of promoting investments in women's health and prevention of cancer, especially in the bronchi and lungs.

Keywords: mortality; woman; women's health; neoplasm.

Resumen

Objetivo: Identificar las causas de mortalidad en mujeres en la edad fértil (MIF) en la municipalidad de Santa Cruz do Sul, en los últimos cinco años (2013 -2017) , describiendo su perfil, buscando medidas de prevención y promoción de la salud. **Métodos:** Estudio epidemiológico, abordaje cuali-cuantitativa de carácter descriptivo exploratorio del tipo documental. Los datos fueron producidos a través del análisis de Declaraciones de Óbito en el Sistema de Informaciones sobre Mortalidad de la municipalidad. **Resultados:** El perfil da mortalidad de las MIF es de mujeres de color blanco, con edad entre 40 y 49 años, teniendo de 8 a 11 años de estudio, que desempeñaban algún tipo de actividad laboral y residían en barrios de la zona rural. La principal causa de mortalidad fue la neoplasia, con destaque para la de bronquios y de pulmones. **Conclusión:** los datos muestran la importancia de invertir en la promoción de la salud de las mujeres y prevención del cáncer, principalmente el de bronquios y pulmones.

Palabras clave: mortalidad; mujer; salud de la mujer; neoplasia.

Introdução

A trajetória da população feminina no decorrer dos anos é marcada pela luta para a conquista de maiores espaços na sociedade. Como fruto dessa luta, atualmente, vemos as mulheres mais presentes na política, no mercado de trabalho e em diversos seguimentos da sociedade, além de dedicar tempo ao cuidado da família. Dessa forma, sabe-se que a mulher do século XXI desempenha diversos papéis, acumulando as mais variadas funções.

Esse acúmulo de funções produz um impacto significativo na vida das mulheres, contribuindo para um aumento da exposição a situações de risco e conseqüentemente alteração no padrão de mortalidade feminina¹. As mudanças no padrão de mortalidade das mulheres em idade reprodutiva ocorreram concomitantemente com o processo de industrialização, nesse período as mulheres passaram a ser uma população economicamente ativa e começaram a contribuir no processo de produção, o que resultou em novos hábitos de vida².

O período reprodutivo feminino, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), compreende a faixa etária de 15 a 44 anos. Porém, no Brasil, considera-se na idade fértil a mulher na faixa etária de 10 a 49 anos. Essa definição nacional foi instituída através de estudos de registros vitais e procedimentos médicos que evidenciaram que nessa faixa etária a mulher está exposta aos riscos referentes à vida sexual e reprodutiva³.

Além desses, os riscos na idade fértil também se associam ao estilo de vida feminino e aos hábitos adotados nesse período. É importante compreender esse fato para avaliar a situação de saúde das mulheres, pois os riscos aos quais elas estão expostas variam de acordo com cada fase das suas vidas.^{1,2}

Acredita-se que o grande problema que resulta em mortalidade da população feminina em período reprodutivo, é o diagnóstico tardio das doenças e seu tratamento inadequado. É possível ressaltar que tanto as infecções sexualmente transmissíveis como o câncer ainda são

diagnosticados tardiamente no Brasil, esse fato vem revelando a fragilidade do nosso sistema de saúde, iniciando-se pelo acesso até a prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento das doenças.²

Além das doenças pertinentes à idade fértil, há o contexto socioeconômico, que acentua as desigualdades sociais, fato que parece ter um papel decisivo e importante na alta demanda de mortalidade por causas externas, como as mortes violentas. Nesse contexto, acredita-se que a faixa etária mais vulnerável à mortalidade por esse agravo sejam as mulheres com idade entre 15 e 24 anos.²

Para que seja possível propor medidas adequadas aos problemas de saúde femininos é necessário avaliar o seu perfil epidemiológico, que varia conforme as regiões devido às condições socioeconômicas e culturais. Salienta-se que a mortalidade é um importante indicador de saúde, pois sua análise permite identificar situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos, além de subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas.^{1, 2, 4}

Diante do exposto, é possível dizer que explicar sobre as características de mortalidade das mulheres em idade fértil permite visualizar a situação de saúde, além das condições de vida experimentadas pela classe feminina nas regiões onde elas estão inseridas. Conhecer as principais causas de óbito das mulheres, no período reprodutivo, torna-se relevante para possibilitar intervenções adequadas capazes de melhorar a realidade local, principalmente pela implementação de medidas de promoção à saúde e prevenção de agravos e doenças, enfatizando dados reais regionais.¹ Esse estudo se propôs a identificar as causas de mortalidade em mulheres na idade fértil (MIF) no município de Santa Cruz do Sul, em um período de cinco anos, descrevendo seu perfil e a partir dele sugerir medidas de promoção à saúde e prevenção dessas mortes.

Métodos

Estudo epidemiológico com abordagem quali-quantitativa de caráter descritivo exploratório do tipo documental. Os dados foram produzidos através da análise de Declarações de Óbito, digitalizadas, no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do município. A coleta aconteceu no mês de dezembro de 2018 junto ao serviço de Vigilância Epidemiológica. A amostra do estudo foram declarações de óbito de mulheres em idade fértil dos últimos cinco anos, compreendendo os anos de 2013 a 2017. Como critérios de inclusão, foram observados os seguintes itens: declarações de óbito cujo município de residência correspondesse à Santa Cruz do Sul, ao sexo e a faixa etária em estudo (mulheres com idades entre 10 e 49 anos). Toda a declaração de óbito que não atendeu aos critérios de inclusão e que possuía campos com preenchimento incompleto foi excluída.

Para que o foco da pesquisa não se perdesse, bem como, seus objetivos fossem alcançados, os documentos foram analisados através de um roteiro estruturado criado pelas autoras, onde constavam informações a serem preenchidas referentes ao perfil das mulheres (raça, anos de estudo, ocupação, idade e causa básica do óbito).

Os dados quantitativos foram organizados em planilhas do *Excel*® onde foram calculadas suas frequências relativas e absolutas. Para melhor visualização dos resultados, esses foram organizados em gráficos, que foram discutidos e problematizados com base em referenciais teóricos, sendo feita assim, a análise qualitativa dos resultados.

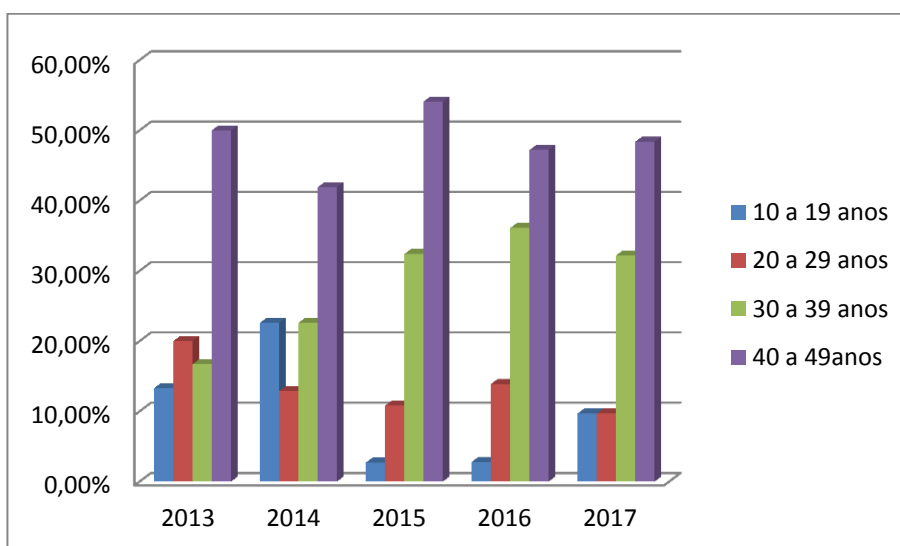
O estudo foi realizado em conformidade com os princípios éticos definidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, número 02467618.9.0000.5343 do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE).

Resultados

No período de 2013 a 2017 foram encontradas 194 declarações de óbito de MIF. Dessas, 29 (7%) foram descartadas por não atender aos critérios de inclusão, assim a amostra do estudo foi composta por 165 declarações de óbito. Observa-se que a distribuição dos óbitos não sofreu grandes variações ao longo dos cinco anos analisados.

Os óbitos ocorreram com maior frequência na faixa etária de 40 a 49 anos (48,5%), seguido pela faixa etária de 30 a 39 anos (28,5%). Observa-se menor frequência na faixa etária de 20 a 29 anos (13,3%) e 10 a 19 anos (9,7%), conforme é possível verificar no gráfico 1.

Gráfico 1- Distribuição de óbitos de mulheres em idade fértil por idade segundo ano do óbito:



Fonte: Pesquisa realizada pela autora na base de dados do SIM.

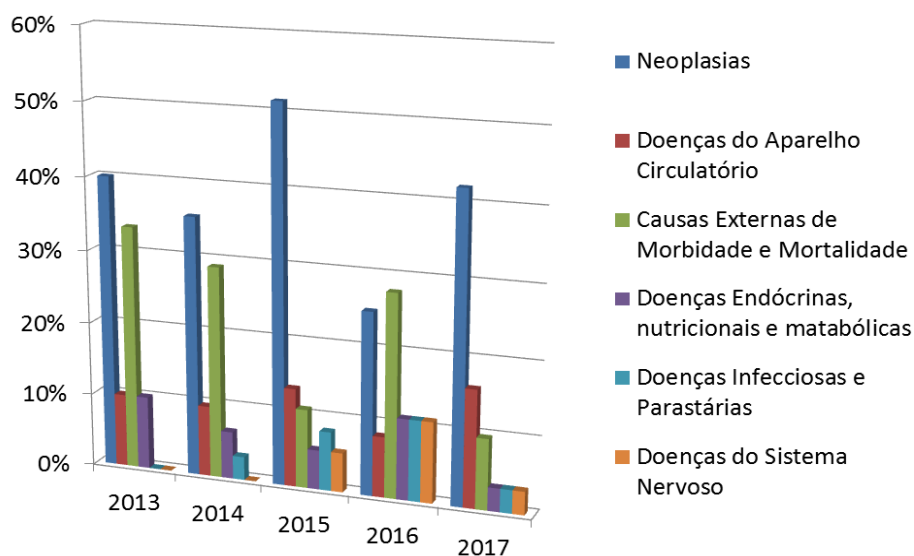
Em relação à raça/cor, a maioria eram mulheres brancas (83,6%), seguidas pelas mulheres pretas (9,1%) e pardas (7,3%). Nenhum óbito foi registrado na raça amarela e indígena. Referente à escolaridade, a maioria possuía de 8 a 11 anos de estudo (62,5%), seguidas de 4 a 7 anos (20,6%) e 12 anos ou mais de estudo (12,7%). Registrou-se, também, mulheres sem escolaridade (3,6%), e com 1 a 3 anos estudo (0,6%). Quanto à ocupação, registra-se que a maioria exercia alguma atividade laboral (70,3%), seguidas pelas donas de casa (19,4%) e as estudantes (7,3%). Também foram encontradas algumas particularidades

referentes à ocupação, principalmente em mulheres mais jovens, com doenças congênitas, onde foi possível identificar que não exerciam atividade laboral devido à sua condição de saúde, essas situações específicas foram classificadas como outros (3,0%).

Quanto à procedência, a maioria das mulheres residia nos bairros da zona rural (13,9%), seguido pelos bairros da zona urbana, nos bairros Arroio Grande (9,7%), Bom Jesus (8,5%) e Centro (7,3%), os demais bairros não estão citados devido sua menor frequência.

As três principais causas básicas dos óbitos, encontradas no período, foram as neoplasias (38,8%), seguidas pelas causas externas (21,8%) e as doenças do aparelho circulatório (10,9%). Também foram encontrados óbitos pelas doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (7,3%), doenças infecciosas e parasitárias (5,5%) e doenças do sistema nervoso (4,2%) (Gráfico 2). Ainda foram encontradas outras causas variadas de mortalidade, representando, juntas, 9,7% do total de óbitos. Ressalta-se que foram encontradas 3 (1,8%) causas mal definidas de mortalidade e que não houve no período analisado mortes relacionadas à gravidez, parto e puerpério.

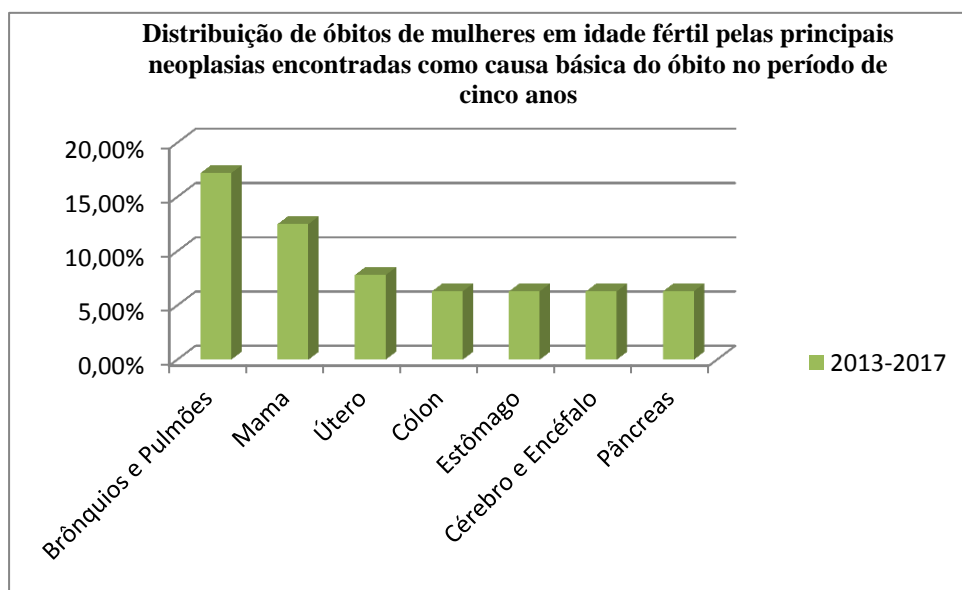
Gráfico 2 - Distribuição de óbitos de mulheres em idade fértil pelas principais causas básicas (CID-10) segundo ano do óbito:



Fonte: Pesquisa realizada pela autora na base de dados do SIM.

As principais neoplasias encontradas foram a de brônquios e pulmões, (17,2 %) seguida pela neoplasia de mama (12,5%), colo uterino (7,8%), colón (6,3%), estômago (6,3%), cérebro e encéfalo (6,3%) e pâncreas (6,3%). (Gráfico 3).

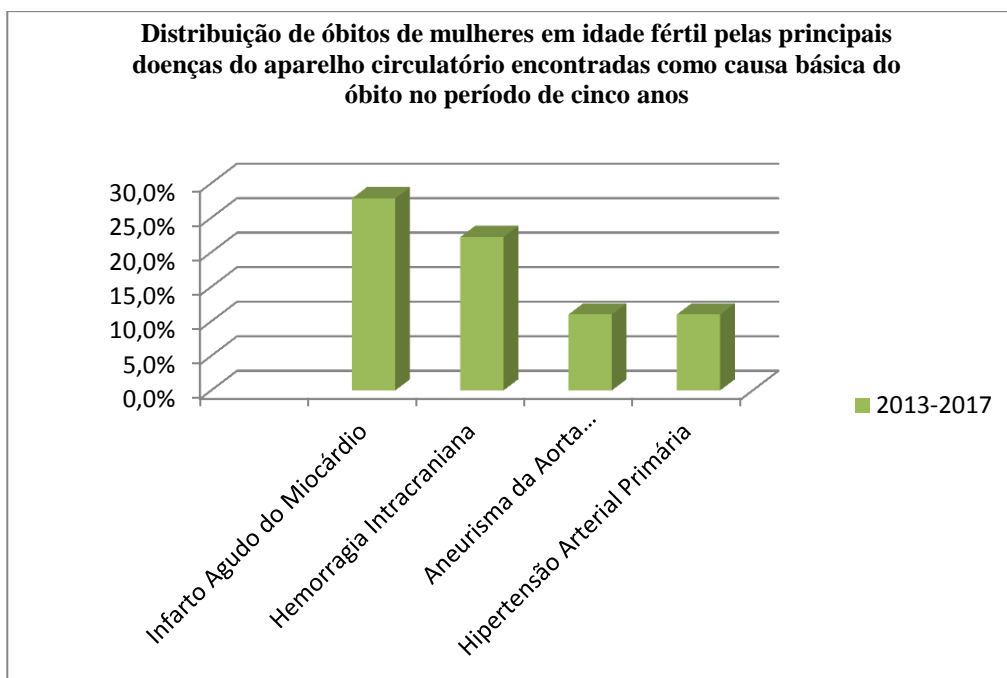
Gráfico 3 - Distribuição de óbitos de mulheres em idade fértil pelas principais neoplasias encontradas como causa básica do óbito no período de cinco anos:



Fonte: Pesquisa realizada pela autora na base de dados do SIM.

Dentre as doenças do aparelho circulatório, as principais causas encontradas foram infarto agudo do miocárdio (27,8%), hemorragia intracraniana não traumática (22,2%), aneurisma da aorta abdominal (11%) e hipertensão arterial primária (11%) (Gráfico 4).

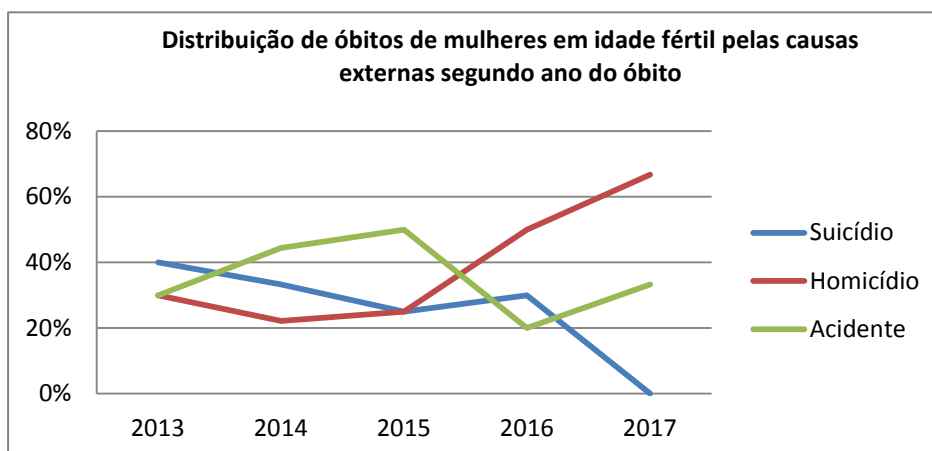
Gráfico 4 - Distribuição de óbitos de mulheres em idade fértil pelas principais doenças do aparelho circulatório encontradas como causa básica do óbito no período de cinco anos:



Fonte: Pesquisa realizada pela autora na base de dados do SIM.

Quanto às causas externas de mortalidade, encontrou-se o homicídio (36,1%), seguido pelos acidentes de trânsito (33,3%) e o suicídio (30,6%) (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Distribuição de óbitos de mulheres em idade fértil pelas causas externas segundo ano do óbito:



Fonte: Pesquisa realizada pela autora na base de dados do SIM.

Discussão

O aumento gradativo no número de mortes conforme a faixa etária é um fator encontrado em todos os estudos analisados.^{1, 3,5,6} A mortalidade se mostrou mais frequente na raça branca, diferentemente de outros estudos que apontam a mortalidade mais frequente na raça negra e parda.^{1,3,5} Porém, é importante sinalizar, que o município de realização do estudo foi colonizado pela população Alemã, dessa forma, a maioria da população é de raça branca. Autores ressaltam que é importante considerar o processo de colonização de cada região estudada.⁵ A maioria das MIF desempenhava alguma atividade laboral, achado diferenciado dos estudos analisados, onde a maioria eram donas de casa.^{3,5}

Referente à escolaridade, os resultados também se diferenciam dos estudos analisados, onde a mortalidade prevalece nas mulheres com menos tempo de estudo. Acredita-se que o desempenho da atividade laboral e os anos de estudos estejam vinculados, uma vez que a maioria das MIF possuía de 8 a 11 anos de estudo e exercia atividade laboral. Dado que difere nos achados em outras análises onde a maioria possuía de menor tempo de estudo e eram donas de casa.^{1, 3,5,6}

Quanto à procedência, acredita-se que o fato da maioria residir nos bairros da zona rural revele uma maior dificuldade no acesso aos serviços de saúde, quando comparado àquelas que vivem nos bairros da zona urbana. Também, acredita-se, que essas mulheres desempenhem atividades laborais relacionadas ao cultivo do fumo (cultura prevalente na região), atividade que requer grande empenho físico e que as coloca em maior exposição aos fatores de risco ambientais, como radiação solar e o uso de agrotóxicos, além do hábito de fumar.

No tocante as causas mal definidas de mortalidade, o percentual encontrado é considerado baixo quando comparado a um estudo realizado na região nordeste do país, onde foram encontradas 3,7% de causas mal definidas.⁶ Destaca-se que o preenchimento das

Declarações de Óbito melhorou nos últimos anos, pois os índices de causas mal definidas apresentaram-se diminuídos, revelando maior conscientização dos gestores e melhor investigação das causas de óbito.⁷

As principais causas de mortalidade encontradas no presente estudo assemelham-se a outros estudos, porém, com variação na distribuição das causas. Nos estudos realizados na região nordeste, as neoplasias aparecem como a primeira causa de mortalidade representando 20,9%⁶ e 23%.⁵ Houve destaque para a neoplasia de mama (23,6%), seguida pela de colo uterino (17,1%). Já a neoplasia de brônquios e pulmões apareceu como a quinta neoplasia mais frequente (5,5%).⁶ Os resultados encontrados em um estudo realizado na Bahia, mostram o câncer como a terceira causa de mortalidade das MIF, também aparecendo o câncer de mama como a neoplasia principal.¹ Autores ressaltam que é possível observar que existem diferenças significativas nos padrões de mortalidade por câncer nas regiões brasileiras.⁸

O câncer vem crescendo como principal causa de mortalidade nos últimos anos, e segundo a OMS, já é responsável por um número maior de mortes do que as doenças cardíacas coronarianas e os acidentes vasculares cerebrais. Devido à sua magnitude como causa de mortalidade, na atualidade, o câncer está no centro das atenções por atingir a população tanto nos países desenvolvidos, como nos que estão em desenvolvimento. Suas taxas de mortalidade em idade reprodutiva aumentam gradativamente conforme a faixa etária das mulheres, dessa forma, a mortalidade em decorrência de neoplasias é mais frequente a partir dos 30 anos.^{9, 8, 10}

Surpreende o fato de que as neoplasias tipicamente femininas tenham aparecido somente em segundo e terceiro lugar, e haja destaque para o câncer de brônquios e pulmões. Sabe-se que o câncer de pulmão tem uma menor incidência quando comparado ao câncer de mama, porém sua letalidade mostra-se maior e esse tipo de neoplasia vem crescendo entre as mulheres.¹¹ O câncer de pulmão mostra-se como uma das neoplasias que tem apresentado

tendências ascendentes nas últimas décadas, devido às mudanças epidemiológicas sofridas no Brasil.⁸ Essa neoplasia é a mais frequente em todo o mundo, com altos índices de prevalência e mortalidade, sendo a principal causa de morte em mulheres que vivem nas regiões mais desenvolvidas, seguido pelo câncer de mama, que é mais frequente nas regiões menos desenvolvidas.⁹

Mas, qual seria o motivo que contribui para o crescimento da neoplasia de brônquios e pulmões, e principalmente, entre as mulheres? Um estudo realizado com mulheres coreanas explicou que além do tabagismo, as mulheres estão expostas ao fumo passivo, além das questões, hormonais e o aumento significativo das infecções pelo papilomavírus humano (HPV). A hipótese da associação do câncer de pulmão com terapia de reposição hormonal ou uso de contraceptivo oral foi afastada, porém, a infecção pelo HPV ganhou destaque, principalmente em mulheres nunca fumantes, pois o DNA do vírus foi encontrado no sangue de pacientes com câncer de pulmão, esse fato pode ser facilitador no diagnóstico precoce da neoplasia. Destaca-se, também, que a vacinação contra o HPV poderia prevenir não somente o câncer cervical e de mama, mas também o câncer de pulmão.¹²

O tabagismo é a principal causa do desenvolvimento do câncer de pulmão, responsável por pelo menos 50% dos casos em mulheres. Nos últimos trinta anos, a carga dessa neoplasia aumentou em todo mundo, entre as mulheres, diferentemente dos homens, e vem se mostrando com um padrão clínico diferenciado para a doença, pois são mulheres jovens e nunca fumantes.¹³ No decorrer dos anos, as mulheres levaram mais tempo para se apresentarem com a doença, fato que pode estar relacionado ao início do hábito de fumar entre a população feminina, que foi tardio, quando comparado aos homens. Porém, é necessário avaliar um conjunto de fatores dos quais a população está exposta na atualidade, que tornam-se fatores de risco, além do tabagismo ativo, são eles: tipos de tabaco que não sejam cigarros, exposição passiva à fumaça de cigarro, exposição ocupacional a carcinógenos

pulmonares, como amianto, níquel, cromo e arsênio, exposição à radiação, incluindo gás radônio em residências e minas, e exposição a poluição do ar.¹⁴

Acredita-se que pelo fato da cultura do tabaco ser prevalente na região e no município onde o estudo foi desenvolvido, e por a maioria dos óbitos das MIF analisadas serem provenientes dos bairros da região rural, o desenvolvimento dessa neoplasia pode estar relacionado com a atividade laboral exercida.

O câncer de mama ainda é a principal neoplasia que atinge as mulheres e aparece como causa principal de morte nas regiões menos desenvolvidas. Também é possível observar o crescimento dos índices dessa neoplasia nos países em desenvolvimento, dessa forma ele é considerado um problema de saúde pública no contexto do nosso país. Vale ressaltar que se o câncer de mama é diagnosticado e tratado em tempo hábil, pode-se dizer que esse apresenta um bom prognóstico, logo, as taxas elevadas de mortalidade no país em decorrência desse agravo, podem estar relacionadas ao diagnóstico tardio da doença.^{9, 15}

O câncer de colo uterino é quarto tipo mais comum, sendo responsável por quase nove mortes em cada dez nas regiões menos desenvolvidas. Pode-se dizer que mortalidade em decorrência dele é evitável, esse é o tipo de neoplasia que apresenta grande potencial de prevenção e cura, pois as tecnologias para diagnóstico e tratamento das lesões precursoras, permite a cura dos casos diagnosticados em fase inicial em aproximadamente 100%. Outra característica desse agravo é sua forte associação com o baixo nível socioeconômico das populações, ou seja, ele afeta principalmente os grupos de maior vulnerabilidade social, sendo esses os que possuem maiores barreiras para o acesso à rede dos serviços de saúde.^{9,15,16}

As causas externas, como segunda causa de mortalidade, têm aparecido no país desde a década de 1980, com altos índices nos grandes centros urbanos.⁶ Em um estudo realizado na região nordeste, na Bahia, as causas externas aparecem como a primeira causa de mortalidade de MIF, sendo os acidentes de trânsito mais frequente seguidos pelos homicídios.¹ Outro

estudo, também no nordeste, no Piauí, essas aparecem como a terceira causa de mortalidade, com destaque para os acidentes de trânsito, seguido pelos homicídios e suicídios.⁶

Nos últimos 30 anos, no Brasil, mais de 90 mil mulheres foram assassinadas. A taxa de homicídios femininos cresceu de 2,3/100.000 habitantes em 1980, para 4,6/100.000 em 2010.¹⁷ No Rio Grande do Sul, registra-se uma média de 3 mortes para cada 100 mil mulheres. Acredita-se, que no estado do RS e nas regiões rurais de matriz econômica agropastoril, exista uma valorização acentuada dos papéis sexuais masculinos, onde o machismo é estimulado, contribuindo, assim, para o número crescente de mortes femininas.¹⁸

O aumento da mortalidade feminina em decorrência dos acidentes de trânsito pode estar atrelado às mudanças no estilo de vida das mulheres, considerando sua atuação no mercado de trabalho e na sociedade em geral, as mulheres passaram a conduzir veículos e dessa forma estão mais suscetíveis ao risco de mortalidade por acidentes de trânsito.¹

Entre as causas de mortalidade, também é importante estar alerta para a ocorrência do suicídio em mulheres. Na idade reprodutiva, registra-se que um em cada três suicídios são cometidos por mulheres entre 25 e 44 anos, sendo, em nível mundial, a quinta causa de morte em mulheres de 20 e 44 anos.¹⁹

As doenças cardiovasculares tem grande peso na saúde pública em todo o mundo, e cada vez mais a população feminina vem sofrendo com dessa enfermidade. Em todos os estudos analisados,^{1,3,5,6} esse agravo mantém-se presente como importante causa de mortalidade de MIF. Dessa forma, é importante analisar, que quando comparadas aos homens, as mulheres têm duas vezes mais paradas cardíacas, e também maiores chances de morrer. Além, de menos chance de sucesso na revascularização miocárdica, tendo em vista que as mulheres não apresentam sintomas clássicos da doença coronariana, mas nelas são identificados sintomas como fadiga, indigestão, insônia e ansiedade. Verifica-se um aumento desse agravo nas mulheres em idade reprodutiva devido a situações próprias do organismo

feminino, como as doenças autoimunes, hipertensão e diabetes gestacional e complicações no parto. Destaca-se, também, que os mecanismos das lesões miocárdicas são diferentes nas mulheres, pois as lesões no miocárdio ocorrem devido a alterações inflamatórias do endotélio coronariano, sendo essas, mais difíceis de detectar do que as lesões obstrutivas observadas na população masculina.²⁰

Identificou-se que o perfil da mortalidade das MIF no município de Santa Cruz do Sul é de mulheres de raça branca, com idade entre 40 e 49 anos, tendo de 8 a 11 anos de estudo, que desempenhavam algum tipo de atividade laboral e residiam em bairros da zona rural. A principal causa de mortalidade encontrada foi a neoplasia, com destaque para a de brônquios de pulmões.

Esses dados mostram a necessidade de ampliação do acesso aos serviços de saúde nos bairros da zona rural, bem como a importância de investir na promoção da saúde das mulheres e prevenção do câncer, principalmente o de brônquios e pulmões. O fato da neoplasia de mama e colo uterino aparecerem em segundo lugar e terceiro lugar, respectivamente, podem configurar que existe um bom acesso ao serviço de rastreamento e que haja tratamento efetivo nos serviços de saúde oferecidos pelo município, o que indica que as ações frente a esse agravo têm gerado bons resultados e que devem continuar avançando. Salienta-se a importância de trabalhar com a promoção da saúde, estimulando hábitos de vida saudáveis nas comunidades, cessação do tabagismo e disseminação de informação sobre o cuidado com a saúde da mulher, acredita-se, também, que orientação e vigilância sobre uso correto de EPIs, nas áreas de cultivo de fumo, podem contribuir para a redução do desenvolvimento da neoplasia de brônquios de pulmões e da mortalidade em decorrência dessa. Espera-se que esse estudo contribua para ampliar a discussão sobre as temáticas que envolvem os índices de mortalidade das MIF.

Contribuições dos Autores

Todas as autoras contribuíram na elaboração e delineamento do artigo, análise, interpretação dos dados, discussão, redação e revisão da primeira versão do manuscrito. As autoras aprovaram a versão final e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho garantindo sua precisão e integridade.

Referências

1. OLIVEIRA TJ, RIOS MA, TEIXEIRA PN. Mortalidade de mulheres em idade fértil na região de saúde de Guanambi/ BA. O Mundo da Saúde [internet], 2017 [citado 2018 ago 20]; 41(4): 711-719. doi 10.15343/0104-7809.20174104711719.
2. GIL, MM. Estudo da mortalidade de mulheres em idade reprodutiva no município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil. 2012. [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2012.
3. SILVA JG, MOREIRA KFA, BOTELHO TCA, CASTRO TM. Perfil da evitabilidade de óbitos de mulheres em idade fértil, de 2009 a 2013, em residentes de Porto Velho, Rondônia, Brasil. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde [internet], 2015 jul-set [citado 2019 fev 15]; 17 (3): 49-59. doi 10.21722/rbps.v17i3.14136.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito [internet], 2011 [citado 2018 ago 20]. 55 p. Brasília, DF. Disponível em: http://svs.aids.gov.br/download/manuais/Manual_Instr_Preench_DO_2011_jan.pdf
5. LIMA I.D, FRANÇA TLB, SILVA JJ, SILVA KM. Sociodemographic factors associated with mortality of women in fertile age in Rio Grande do Norte. Journal of Research Fundamental Care Online [internet], 2014 out-dez [citado 2019 mar 10]; 6(4): 1464-1474. doi 10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1464-1474.
6. MADEIRO AP, RUFINO AC, NUNES MD, QUEIROZ IC, CARVALHO KR, QUEIROZ LC. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Piauí, Brasil, 2008-2012: causas básicas dos

- óbitos e fatores associados. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção* [internet], 2018 Out-Dez [citado 2019 mar 10]; 8(4): 442-449. doi <https://doi.org/10.17058/reci.v8i4.11269>.
7. BRASIL, Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2011 Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher* [internet], 2012 [citado 2018 ago 20]. 446 p. Brasília, DF. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf
8. BARBOSA IR, SOUZA DLB, BERNAL MM, COSTA ICC. Cancer mortality in Brazil Temporal Trends and Predictions for the Year 2030. *Medicine*, [internet], 2015 April; [citado mar 11]; 94,(16):1-6. doi: 10.1097/MD.0000000000000746.
9. FERLAY J, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer* [internet], 2014 [citado mar 11]; september; E359–E386. doi 10.1002/ijc.29210.
10. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Centro Colaborador em Análise da Situação de Saúde. *Mortalidade em Campinas*. [internet]. Informe do Projeto de Monitorização dos Óbitos no município de Campinas: Boletim de mortalidade nº53 Mortalidade Mulheres em Idade Fértil, 2016. [citado 2019 mar 28] Disponível em http://www.saude.campinas.sp.gov.br/boletins/mort_53/boletim_mortalidade_53_mai_2016.pdf
11. TORRE LA, BRAY F, SIEGEL RL, FERLAY J, TIEULENT JL, JEMAI A. Global Cancer Statistics, 2012. *CA: A CANCER Journal of Clinicians* [internet], 2015 march- april [citado 2019 mar 28]; 65 (2): 87–108. doi 10.3322/caac.21262.
12. BAE Jong-Myon. Modifiable risk factors of lung cancer in “never-smoker” women. *Epidemiology and Health* [internet], 2015 october [citado 2019 mar 28]; 37: 1-3. doi <http://dx.doi.org/10.4178/epih/e2015047>

13. MATTEIS, S. et al. Are Women Who Smoke at Higher Risk for Lung Cancer Than Men Who Smoke? *American Journal of Epidemiology* [internet], 2013 february [citado 2019 mar 29]; 177 (7): 601–612. doi 10.1093/aje/kws445.
14. ALBERG AJ, WALLACE K, SILVESTRE GA, BROCK MV. Invited Commentary: The Etiology of Lung Cancer in Men Compared With Women. *American Journal of Epidemiology* [internet], 2013, february [citado 2019 mar 29]; 177 (7): 613–616. doi 10.1093/aje/kws444.
15. MILLÃO, L. F.; FIGUEIREDO, M. R. B. *Enfermagem em Saúde Coletiva*. V 1. São Caetano do Sul, SP: Editora Difusão. Rio de Janeiro, RJ: Editora Senac Rio, 2012.
16. DATASUS. Ministério da Saúde. SIM- Sistema de Informação de Mortalidade, [internet], 2018 [citado 2018 set 3]. Disponível em:
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701>.
17. LEITE FMC, et al. Análise da tendência da mortalidade feminina por agressão no Brasil, estados e regiões. *Ciência & Saúde Coletiva*, [internet] 2017; [citado 2019 abril 1]; 22(9): 2971-2978. doi 10.1590/1413-81232017229.25702016.
18. LEITES GT, MENEGHEL SN, HIRAKATAVN. Homicídios femininos no Rio Grande do Sul, Brasil. *REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA* [internet], 2014 JUL-SET [citado 2019 abril 1]; 17 (3): 642-653. doi 10.1590/1809-4503201400030006.
19. WORLD HEALTH ORGANIZATION. HEALTH and WOMEN TODAY’S EVIDENCE TOMORROW’S AGENDA, [internet] 2009 [citado 2019 set 3]. 108 p. Disponível em:
<https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/9789241563857/en/>
20. CAMPOS AAS. MORTALIDADE POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM MULHERES EM IDADE FÉRTIL NO ESTADO DE GOIÁS (2000-2014) [Dissertação]. Goiânia (GO): PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS – PUC; 2017.

ANEXO A – Normas para publicação da Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil

Escopo e política

A Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil (RESS) é um periódico científico com periodicidade trimestral e de acesso livre, nos formatos eletrônico e impresso, editado pela Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços, do Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (CGDEP/DGVES/SVS/MS). Sua principal missão é difundir o conhecimento epidemiológico aplicável às ações de vigilância, de prevenção e de controle de doenças e agravos de interesse da saúde pública, visando ao aprimoramento dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A RESS segue as orientações do documento Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), disponível em <http://www.icmje.org/> (inglês) e <http://www.goo.gl/nCN373> (português) – conhecido como Normas de Vancouver – e os princípios da ética na publicação contidos no código de conduta do Committee on Publication Ethics (COPE), disponível em [http://publicationethics.org/files/Code of Conduct 2.pdf](http://publicationethics.org/files/Code_of_Conduct_2.pdf).

A RESS possui uma Declaração sobre Ética na Publicação, disponível em <http://ress.iec.gov.br/ress/home/carregarPagina?lang=pt&p=eticaPublica>, que expressa o compromisso ético da revista – assim como de todas as partes envolvidas na publicação de artigos na RESS, incluindo autores, revisores externos, editora geral e demais editoras e editores, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) e a Editora do Ministério da Saúde – com a adoção de melhores práticas na publicação científica.

Forma e preparação de manuscritos

O Núcleo Editorial da revista acolhe manuscritos nas seguintes modalidades:

a) Artigo original – produto inédito de pesquisa inserido em uma ou mais das diversas áreas temáticas da vigilância, prevenção e controle das doenças e agravos de interesse da saúde pública, como doenças transmissíveis, agravos e doenças crônicas não transmissíveis, análise de situação de saúde, promoção da saúde, vigilância em saúde do

trabalhador, vigilância em saúde ambiental, respostas às emergências em saúde pública, políticas e gestão em vigilância em saúde e desenvolvimento da epidemiologia nos serviços de saúde (limite: 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências; até cinco tabelas e/ou figuras).

b) Artigo de revisão

b.1) Artigo de revisão sistemática – apresentação de uma síntese de resultados de diferentes estudos originais com o objetivo de responder a uma pergunta específica; deve descrever, em detalhes, o processo de busca dos estudos originais e os critérios para sua inclusão na revisão; pode ou não apresentar procedimento de síntese quantitativa dos resultados, no formato de metanálise (limite: 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências; até cinco tabelas e/ou figuras)

b.2) Artigo de revisão narrativa – análise crítica de material publicado, discussão aprofundada sobre tema relevante para a saúde pública ou atualização sobre tema controverso ou emergente; deve ser elaborado por especialista na área em questão, a convite dos editores (limite: 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências; até cinco tabelas e/ou figuras)

c) Nota de pesquisa – relato conciso de resultados finais ou parciais (nota prévia) de pesquisa original, pertinente ao escopo da revista (limite: 1.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências; até três tabelas e/ou figuras).

d) Relato de experiência – descrição de experiência em epidemiologia, vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos de interesse para a saúde pública; deve ser elaborado a convite dos editores (limite: 2.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências; até quatro tabelas e/ou figuras).

e) Artigo de opinião – comentário sucinto sobre temas específicos, expressando a opinião qualificada dos autores; deve ser elaborado por especialista na área em questão, a convite dos editores (limite: 1.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências; até duas tabelas e/ou figuras).

f) Debate – artigo teórico elaborado por especialista, a convite dos editores, que receberá comentários e/ou críticas por meio de réplicas assinadas por especialistas, também convidados (limite: 3.500 palavras para o artigo, excluindo resumos, tabelas, figuras e

referências; 1.500 palavras para cada réplica ou tréplica, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências)

A RESS acolhe cartas (limite: 400 palavras) que contenham comentários e/ou críticas breves, geralmente vinculados a artigo publicado na última edição da revista. As cartas poderão ser publicadas, por decisão dos editores, e poderão ser acompanhadas por carta de resposta dos autores do artigo comentado.

A critério dos editores, podem ser publicados outros formatos de artigos, a exemplo de Entrevista com personalidades ou autoridades (limite: 800 palavras), Resenha de obra contemporânea (limite: 800 palavras) e Artigos de séries temáticas.

Responsabilidade dos autores

Os autores são os responsáveis pela veracidade e pelo ineditismo do trabalho. O manuscrito deve ser submetido acompanhado de uma Declaração de Responsabilidade, assinada por todos os autores, na qual afirmam que o estudo não foi publicado anteriormente, parcial ou integralmente, em meio impresso ou eletrônico, tampouco encaminhado para publicação em outros periódicos, e que todos os autores participaram na elaboração intelectual de seu conteúdo.

Declaração de Responsabilidade

Este documento deve ser encaminhado juntamente com o manuscrito, de acordo com o modelo a seguir. Os autores do manuscrito intitulado (título do manuscrito), submetido à Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil, declaram que:

- a) Este manuscrito representa um trabalho original cujo conteúdo integral ou parcial ou substancialmente semelhante não foi publicado ou submetido a outro periódico ou outra forma de publicação, seja no formato impresso ou eletrônico.
- b) Houve participação efetiva de todos os autores relacionados no trabalho, tornando pública sua responsabilidade pelo conteúdo apresentado.
- c) A versão final do manuscrito foi aprovada por todos os autores.

d) Não há qualquer conflito de interesse dos autores em relação a este manuscrito (ou existem conflitos de interesses dos autores em relação a este manuscrito (no caso de haver, deve-se descrever nesta passagem, o conflito ou conflitos de interesse existentes).

(Registrar local, data e nome; a Declaração de Responsabilidade deve ser assinada por todos os autores do manuscrito). Os itens da Declaração de Responsabilidade estão incorporados no Passo 1 da submissão de manuscritos pelo sistema eletrônico. Adicionalmente, o documento assinado por todos os autores deverá ser digitalizado e anexado no Passo 4 – Transferência de documentos suplementares.

Crítérios de autoria

Os critérios de autoria devem se basear nas deliberações do ICMJE/Normas de Vancouver. O reconhecimento da autoria está fundamentado em contribuição substancial, relacionada aos seguintes aspectos: (i) concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados; (ii) redação ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito; (iii) aprovação final da versão a ser publicada; e (iv) responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade. Todos aqueles designados como autores devem atender aos quatro critérios de autoria, e todos aqueles que preencherem os quatro critérios devem ser identificados como autores.

Os autores, ao assinarem a Declaração de Responsabilidade, afirmam a participação de todos na elaboração do manuscrito e assumem, publicamente, que são responsáveis por seu conteúdo. Ao final do texto do manuscrito, deve ser incluído um parágrafo com a informação sobre a contribuição de cada autor para sua elaboração.

Agradecimentos

Quando desejável e pertinente, recomenda-se a nomeação, ao final do manuscrito, das pessoas que colaboraram com o estudo, embora não tenham preenchido os critérios de autoria adotados por esta publicação. Os autores são os responsáveis pela obtenção da autorização dessas pessoas antes de nomeá-las em seus agradecimentos, dada a possibilidade de os leitores inferirem que elas subscrevem os dados e conclusões do estudo. Também podem constar agradecimentos a instituições, pelo apoio financeiro ou logístico à realização do estudo. Devem-se evitar os agradecimentos impessoais – por exemplo: “a todos aqueles que colaboraram, direta ou indiretamente, com a realização deste trabalho”.

Fontes de financiamento

Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte – institucional ou privado – para a realização do estudo e citar o número dos respectivos processos. Fornecedores de materiais, equipamentos, insumos ou medicamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo-se cidade, estado e país de origem desses fornecedores. Essas informações devem constar da Declaração de Responsabilidade e da folha de rosto do artigo.

Conflito de interesses

Conflitos de interesses, por parte dos autores, são situações em que estes possuem interesses – aparentes ou não – capazes de influir no processo de elaboração dos manuscritos. São conflitos de natureza diversa – pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira – a que qualquer um pode estar sujeito, razão por que os autores devem reconhecê-los e revelá-los, quando presentes, na Declaração de Responsabilidade assinada, ao submeterem seu manuscrito para publicação.

Ética na pesquisa envolvendo seres humanos

A observância dos preceitos éticos referentes à condução, bem como ao relato da pesquisa, é de inteira responsabilidade dos autores, respeitando-se as recomendações éticas contidas na Declaração de Helsinque (disponível em <http://www.wma.net>). Para pesquisas realizadas com seres humanos no Brasil, os autores devem observar, integralmente, as normas constantes nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>); e nº 510, de 7 de abril de 2016 (disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>), e em resoluções complementares, para situações especiais.

Os procedimentos éticos adotados na pesquisa devem ser descritos no último parágrafo da seção de métodos. Sempre que pertinente, deve ser informado o número do protocolo e data da aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa. No caso de ensaio clínico, será necessária a indicação do número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo ICMJE. No caso de revisão sistemática, é desejável a indicação do número de registro do protocolo na base de registros PROSPERO (International Prospective Register of Systematic Reviews).

Considerações sobre equidade de sexo e gênero

Considerando a necessidade de atenção ao uso das categorias de sexo e/ou gênero na pesquisa e na comunicação científica, e que as diferenças de sexo e/ou gênero são frequentemente negligenciadas no desenho, na condução e no relato dos estudos, a RESS orienta para a observação dos princípios da Diretriz SAGER (Sex and Gender Equity in Research), disponível em <http://www.equatornetwork.org/reporting-guidelines/sager-guidelines/> (inglês) e <https://goo.gl/zwTZqy> (português), segundo a qual: Os autores devem usar os termos sexo e gênero com cuidado, para se evitar confusão em seu uso.

Quando os sujeitos da pesquisa compreendem organismos capazes de diferenciação por sexo, a pesquisa deve ser delineada e conduzida de modo que possa revelar diferenças relacionadas ao sexo nos resultados, mesmo que estas não sejam inicialmente esperadas. Quando os sujeitos também puderem ser diferenciados por gênero (conformados por circunstâncias sociais e culturais), a pesquisa deve ser conduzida de modo similar, considerando-se adicionalmente categorias de gênero.

Compartilhamento de dados

Relatos de ensaios randomizados controlados e de qualquer outro tipo de estudo de intervenção somente serão considerados para publicação se os autores se comprometerem a disponibilizar os dados relevantes dos participantes (sem identificação individual), em acesso aberto ou de forma individualizada, em atendimento a pedido.

Para todos os artigos de pesquisa com dados primários ou secundários, a RESS incentiva os autores a compartilharem os dados abertamente ou vincularem seus artigos aos dados brutos dos estudos. A RESS também incentiva o compartilhamento das rotinas de programação dos softwares estatísticos para a realização das análises, por meio de arquivos suplementares que podem ser publicados na versão eletrônica da revista.

Direito de reprodução

O conteúdo publicado na RESS encontra-se sob uma Licença Creative Commons do tipo BY-NC. Sua reprodução – total ou parcial – por outros periódicos, tradução para outro idioma ou criação de vínculos eletrônicos é permitida mediante atendimento aos requisitos deste tipo de licença, que incluem a possibilidade de se compartilhar e adaptar o material, desde que atribuído o crédito apropriado, e para uso não comercial.

Os autores devem estar de acordo com os seguintes termos:

a) Autores mantêm os direitos autorais e concedem ao periódico o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial neste periódico.

b) Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição nãoexclusiva da versão do trabalho publicada neste periódico (por exemplo: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial neste periódico.

c) Autores têm permissão para (e são estimulados a) publicar e distribuir seu trabalho online (por exemplo: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal) uma vez que isso pode gerar alterações produtivas, bem como aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado. Solicita-se que a divulgação seja feita somente após a aprovação do artigo para publicação, de modo a se garantir o cegamento da identificação dos autores durante o processo editorial.

Preparo dos manuscritos para submissão

Para o preparo dos manuscritos, os autores devem orientar-se pelo documento: Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos, do ICMJE. A versão original deste documento – em inglês – encontra-se disponível no endereço eletrônico <http://www.icmje.org>. A versão traduzida para o português das recomendações do ICMJE/Normas de Vancouver foi publicada na RESS v. 24, n. 3, 2015, disponível em: <https://goo.gl/HFaUz7> . Recomenda-se que a estrutura do manuscrito esteja em conformidade com as orientações constantes nos guias de redação científica, de acordo com o seu delineamento. Abaixo são relacionados os principais guias pertinentes ao escopo da RESS. A relação completa encontra-se no website da Rede EQUATOR (Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research), disponível em: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines>.

A seguir são relacionados os principais guias.

Estudos observacionais (coorte, caso-controle e transversal): STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology), disponível em: <http://www.strobe->

statement.org/ Ensaaios clínicos: CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials), disponível em: <http://www.consort-statement.org/> Revisões sistemáticas: PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), disponível em: <http://www.prisma-statement.org/> (inglês) e <https://goo.gl/NfUawv> (português). Estimativas em saúde: GATHER (Guidelines for Accurate and Transparent Health Estimates Reporting), disponível em: <http://gather-statement.org/> (inglês) e <https://goo.gl/VXLMhW> (português). Relato de sexo e gênero: SAGER (Sex and Gender Equity in Research), disponível em: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/sager-guidelines/> (inglês) e <https://goo.gl/zwTZqy> (português).

Formato dos manuscritos

Serão acolhidos manuscritos redigidos em língua portuguesa. O trabalho deverá ser digitado em espaço duplo, utilizando fonte Times New Roman 12, no formato RTF (Rich Text Format) ou DOC (Documento do Word), em folha de tamanho A4, com margens de 3cm. Não são aceitas notas de rodapé. Cada manuscrito, obrigatoriamente, deverá conter:

Folha de rosto

- a) modalidade do manuscrito;
- b) título do manuscrito, em português, inglês e espanhol;
- c) título resumido em português, para referência no cabeçalho das páginas;
- d) nome, instituição de afiliação, unidade ou departamento (até três níveis, com somente uma instituição por autor), cidade, estado, país, ORCID iD e e-mail de cada um dos autores;
- e) nome do autor correspondente, endereço completo, e-mail e telefone;
- f) paginação e número máximo de palavras nos resumos e no texto;
- g) informação sobre trabalho acadêmico (trabalho de conclusão de curso, monografia, dissertação ou tese) que originou o manuscrito, nomeando o autor, tipo e título do trabalho ano de defesa e instituição, se pertinente; e
- h) créditos a órgãos financiadores da pesquisa, incluindo número do processo), se pertinente.

Resumo

Deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 150 palavras, estruturado com as seguintes seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão. Para a modalidade relato de experiência, o resumo deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 150 palavras, não necessariamente em formato estruturado.

Palavras-chave

Deverão ser selecionadas quatro a seis, impreterivelmente a partir da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), vocabulário estruturado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo nome original de Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Os DeCS foram criados para padronizar uma linguagem única de indexação e recuperação de documentos científicos (disponíveis em: <http://decs.bvs.br>).

Abstract - Versão fidedigna do Resumo, redigida em inglês, contendo as seguintes seções: Objective, Methods, Results e Conclusion.

Keywords - Versão em inglês das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Resumen - Versão em espanhol do Resumo, contendo as seguintes seções: Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusión.

Palabras-clave - Versão em espanhol das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Texto completo

O texto de manuscritos nas modalidades de artigo original e nota de pesquisa deverão apresentar, impreterivelmente, as seguintes seções, nesta ordem: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Contribuição dos Autores e Referências. Tabelas e figuras deverão ser referidas nos Resultados e apresentadas ao final do artigo, quando possível, ou em arquivo separado (em formato editável).

Definições e conteúdos das seções:

Introdução – deverá apresentar o problema gerador da questão de pesquisa, a justificativa e o objetivo do estudo, nesta ordem.

Métodos – deverá conter a descrição do desenho do estudo, da população estudada, dos métodos empregados, incluindo, quando pertinente, o cálculo do tamanho da amostra, a amostragem, os procedimentos de coleta dos dados, as variáveis estudadas com suas respectivas categorias, os procedimentos de processamento e análise dos dados; quando se tratar de estudo envolvendo seres humanos ou animais, devem estar contempladas as considerações éticas pertinentes (ver seção Ética na pesquisa envolvendo seres humanos).

Resultados – síntese dos resultados encontrados: é desejável incluir tabelas e figuras autoexplicativas (ver o item Tabelas e figuras destas Instruções).

Discussão – comentários sobre os resultados, suas implicações e limitações; confrontação do estudo com outras publicações e literatura científica de relevância para o tema. O último parágrafo da seção deverá conter as conclusões e implicações dos resultados para os serviços ou políticas de saúde.

Agradecimentos – vêm após a discussão; devem ser nominais e limitar-se ao mínimo indispensável. Contribuição dos autores – parágrafo descritivo da contribuição específica de cada um dos autores.

Referências – para a citação das referências no texto, deve-se utilizar o sistema numérico; os números devem ser grafados em sobrescrito, sem parênteses, imediatamente após a passagem do texto em que é feita a citação, separados entre si por vírgulas; em caso de números sequenciais de referências, separá-los por um hífen, enumerando apenas a primeira e a última referência do intervalo sequencial de citação (exemplo: 7,10-16). As referências deverão ser listadas segundo a ordem de citação no texto, após a seção Contribuição dos autores. Em cada referência, deve-se listar até os seis primeiros autores, seguidos da expressão “et al.” para os demais; os títulos de periódicos deverão ser grafados de forma abreviada; títulos de livros e nomes de editoras deverão constar por extenso; as citações são limitadas a 30; para artigos de revisão sistemática e metanálise, não há limite de citações, e o manuscrito fica condicionado ao limite de palavras definidas nestas Instruções; o formato das Referências deverá seguir as Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos, do ICMJE (disponíveis em: <http://www.icmje.org/>), com adaptações definidas pelos editores, conforme os exemplos a seguir:

Artigos de periódicos

1. Damacena GN, Szwarcwald CL, Malta, DC, Souza Júnior PRB, Vieira MLFP, Pereira CA, et al. O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013. *Epidemiol Serv Saude*. 2015 abr-jun; 24(2):197-206. - Volume com suplemento
2. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RM. Prevalence of diabetes and hypertension based on self-reported morbidity survey, Brazil, 2006. *Rev Saude Publica*. 2009 Nov;43 Suppl 2:74-82.

Número com suplemento

3. Malta DC, Leal MC, Costa MFL, Moraes Neto OL. Inquéritos nacionais de saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2008 mai 11(2 Supl 1):159-67.

Em fase de impressão

4. Freitas LRS, Garcia LP. Evolução da prevalência do diabetes e diabetes associado à hipertensão arterial no Brasil: análise das pesquisas nacionais por amostra de domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiol Serv Saude*. No prelo 2012.

Livros

5. Pereira MG. *Artigos científicos: como redigir, publicar e avaliar*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. - Autoria institucional
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Guia de vigilância epidemiológica*. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
7. Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral (Mato Grosso). *Informativo populacional e econômico de Mato Grosso: 2008*. Cuiabá: Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral; 2008. - Capítulos de livros Quando o autor do capítulo não é o mesmo do livro:
8. Hill AVS. Genetics and infection. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. *Principles and practice of infectious diseases*. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2010. p. 49-57. Quando o autor do livro é o mesmo do capítulo:

9. Löwy I. Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. Capítulo 5, Estilos de controle: mosquitos, vírus e humanos; p. 249-315.

Anais de congresso

Publicados em livros

10. Samad SA, Silva EMK. Perdas de vacinas: razões e prevalência em quatro unidades federadas do Brasil. In: Anais da 11ª Expoepi: Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças; 2011 31 out - 3 nov; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 142. - Publicados em periódicos

11. Oliveira DMC, Montoni V. Situação epidemiológica da leishmaniose visceral no Estado de Alagoas – 2002. In: 19ª Reunião Anual de Pesquisa Aplicada em Doença de Chagas; 7ª Reunião Anual de Pesquisa Aplicada em Leishmanioses. 2003 out 24-26; Uberaba. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Medicina Tropical; 2003. p. 21-2. (Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, vol. 36, supl. 2).

Portarias e leis

12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2009 fev 12; Seção 1:37.

13. Brasil. Casa Civil. Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Decreta a obrigatoriedade do Programa de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais brasileiros. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 1997 jan 7; Seção 1:165. Documentos eletrônicos

14. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações [Internet]. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde; 2008 [citado 2012 fev 5]. 349 p. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>

15. Malta DC, Morais Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2011 dez [citado 2012 fev 6]; 20(4):93-107. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf> Teses e dissertações
16. Waldman EA. Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1991.
17. Daufenbach LZ. Morbidade hospitalar por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil, 1992 a 2006: situação atual, tendências e impacto da vacinação [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2008.

No caso de ter sido usado algum software para gerenciamento das referências (por exemplo, Zotero, Endnote, Reference Manager ou outro), as referências deverão ser convertidas para o texto. A exatidão das referências constantes na listagem e a correta citação no texto são de exclusiva responsabilidade dos autores.

Tabelas e figuras

Artigos originais e de revisão deverão conter até cinco tabelas e/ou figuras, no total. Para notas de pesquisa, o limite é de três tabelas e/ou figuras; e para relatos de experiência, quatro tabelas e/ou figuras. As figuras e as tabelas devem ser colocadas ao final do manuscrito (quando possível) ou em arquivos separados, por ordem de citação no texto, sempre em formato editável.

Os títulos das tabelas e das figuras devem ser concisos e evitar o uso de abreviaturas ou siglas; estas, quando indispensáveis, deverão ser descritas por extenso em legendas ao pé da própria tabela ou figura. Tabelas e figuras devem ser elaboradas em branco e preto ou escala de cinza. Tabelas e quadros (estes, classificados e intitulados como figuras) devem ser apresentados em arquivo de texto. São aceitos arquivos dos tipos: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text).

Organogramas e fluxogramas devem ser apresentados em arquivo de texto ou em formato vetorial. São aceitos arquivos dos tipos: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Mapas devem ser apresentados em formato vetorial. São

aceitos arquivos dos tipos: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Mapas originalmente produzidos em formato de imagem e posteriormente salvos em formato vetorial não serão aceitos. Gráficos devem ser apresentados em formato vetorial. São aceitos arquivos dos tipos: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Imagens de satélite e fotografias devem ser apresentadas em arquivos dos tipos: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap).

A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura e limite de tamanho do arquivo de 10Mb.

Uso de siglas

Recomenda-se evitar o uso de siglas ou acrônimos não usuais. Siglas ou acrônimos só devem ser empregados quando forem consagrados na literatura, prezando-se pela clareza do manuscrito. Exemplos de siglas consagradas: ONU, HIV, aids. Siglas ou acrônimos de até três letras devem ser escritos com letras maiúsculas (exemplos: DOU; USP; OIT). Na primeira citação no texto, os acrônimos desconhecidos devem ser escritos por extenso, acompanhados da sigla entre parênteses.

Siglas e abreviaturas compostas apenas por consoantes devem ser escritas em letras maiúsculas. Siglas com quatro letras ou mais devem ser escritas em maiúsculas se cada uma delas for pronunciada separadamente (exemplos: BNDES; INSS; IBGE). Siglas com quatro letras ou mais e que formarem uma palavra (siglema), ou seja, que incluam vogais e consoantes, devem ser escritas apenas com a inicial maiúscula (exemplos: Funasa; Datasus; Sinan).

Siglas que incluam letras maiúsculas e minúsculas originalmente devem ser escritas como foram criadas (exemplos: CNPq; UnB). Para as siglas estrangeiras, recomenda-se a correspondente tradução em português, se universalmente aceita; ou seu uso na forma original, se não houver correspondência em português, ainda que o nome por extenso – em português – não corresponda à sigla (exemplo: Unesco = Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura).

Algumas siglas, popularizadas pelos meios de comunicação, assumiram um sentido nominal: é o caso de AIDS (em inglês), a síndrome da imunodeficiência adquirida Quanto a

esta sigla, a Comissão Nacional de Aids do Ministério da Saúde (que se faz representar pela sigla CNAIDS) decidiu recomendar que todos os documentos e publicações do ministério nomeiem por sua forma original em inglês – aids –, em letras minúsculas (Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.) Confira o Siglário Eletrônico do Ministério da Saúde.

Análise e aceitação dos manuscritos

Serão acolhidos apenas os manuscritos formatados de acordo com estas Instruções e cuja temática se enquadre no escopo da revista. Uma análise preliminar verificará o potencial para publicação e seu interesse para os leitores da revista, o atendimento aos requisitos éticos e o relatório do sistema de detecção de plágio. Trabalhos que não atenderem a essas exigências serão recusados. A revista adota os sistemas Turnitin-Ephorus e Ithenticate para identificação de plágio. Os manuscritos considerados potencialmente publicáveis na RESS seguem no processo editorial, composto pelas seguintes etapas:

1) Revisão técnica – realizada pelo Núcleo Editorial. Consiste fundamentalmente da revisão de aspectos de forma e redação científica, para que o manuscrito atenda a todos os itens detalhados nas instruções aos autores da revista e esteja apto a ingressar no processo de revisão externa por pares.

2) Revisão externa por pares – realizada por pelo menos dois revisores externos ao corpo editorial da RESS (revisores ad hoc), que apresentem sólido conhecimento na área temática do manuscrito. Nessa etapa, espera-se que os revisores ad hoc avaliem o mérito científico e o conteúdo dos manuscritos, fazendo críticas construtivas para seu aprimoramento. A RESS adota o modelo de revisão por pares duplo-cego, no qual os revisores ad hoc não conhecem a identidade dos autores e não são identificados na revisão enviada aos autores. Os revisores ad hoc devem seguir os requisitos éticos para revisores recomendados pelo COPE, disponíveis em: http://publicationethics.org/files/Ethical_guidelines_for_peer_reviewers_0.pdf

3) Revisão pelo Núcleo Editorial – após a submissão da versão reformulada do manuscrito, de acordo com a revisão externa por pares, o Núcleo Editorial avalia novamente o manuscrito, verificando o atendimento ou a justificativa às sugestões dos revisores ad hoc, bem como, quando pertinente, indica aspectos passíveis de aprimoramento na apresentação do relato do estudo, assim como questões afeitas à observação de padrões de apresentação

adotados para publicação na RESS. Nessa etapa, também é verificado novamente o atendimento às instruções aos autores da revista.

4) Revisão final pelo Comitê Editorial – após o manuscrito ser considerado préaprovado para publicação pelo Núcleo Editorial, é avaliado por um membro do Comitê Editorial, com conhecimento na área temática do estudo. Nessa etapa, o manuscrito pode ser considerado aprovado e pronto para publicação, aprovado para publicação com necessidade de ajustes ou não aprovado para publicação. Ressalta-se que, em todas as etapas, poderá ser necessária mais de uma rodada de revisão.

As considerações serão enviadas aos autores com prazo definido para a devolução da versão reformulada do manuscrito. Recomenda-se aos autores atenção às comunicações que serão enviadas ao endereço de e-mail informado na submissão, assim como para a observação dos prazos para resposta. A não observação dos prazos para resposta, especialmente quando não justificada, poderá ser motivo para descontinuação do processo editorial do manuscrito. Se o manuscrito for aprovado para publicação, mas ainda se identificar a necessidade de pequenas correções e ajustes no texto, os editores da revista reservam-se o direito de fazê-lo, sendo os autores informados a respeito.

Prova de prelo

Após a aprovação do manuscrito, a prova de prelo será encaminhada ao autor principal por e-mail, em formato PDF. Feita a revisão da prova, o autor deverá encaminhar à Secretaria Executiva da revista sua autorização para publicação do manuscrito, no prazo determinado pelo Núcleo Editorial. Em caso de dúvidas sobre quaisquer aspectos relativos a estas Instruções, os autores devem entrar em contato com a Secretaria da RESS por meio do endereço eletrônico: ress.svs@gmail.com ou revista.svs@saude.gov.br Endereço para correspondência: Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço/SVS/MS Epidemiologia e Serviços de Saúde SRTVN Quadra 701, Via W 5 Norte, Lote D, Edifício PO700 - 7º andar, Asa Norte, Brasília-DF, Brasil. CEP: 70.719-040 Telefones: (61) 3315-3464 / 3315-3714.

Envio de manuscritos

A RESS não efetua cobrança de taxas de submissão, avaliação ou publicação de artigos. A submissão dos manuscritos deverá ser feita via Sistema SciELO de Publicação. Caso os

autores não recebam e-mail com a confirmação da submissão, deverão entrar em contato por meio do endereço eletrônico lternativo: ress.svs@gmail.com. Como arquivo suplementar, os autores devem anexar a Declaração de Responsabilidade, assinada por todos eles, digitalizada em formato PDF.

No momento da submissão, os autores poderão indicar até três possíveis revisores, também especialistas no assunto abordado em seu manuscrito. Eles ainda poderão indicar, opcionalmente, até três revisores especialistas aos quais não gostariam que seu manuscrito fosse submetido. Caberá aos editores da revista a decisão de acatar ou não as sugestões dos autores.

Lista de itens de verificação prévia à submissão

1. Formatação: fonte Times New Roman 12, tamanho de folha A4, margens de 3cm, espaço duplo.

2. Folha de rosto: a. Modalidade do manuscrito; b. Título do manuscrito, em português, inglês e espanhol; c. Título resumido, em português; d. Nome, instituição de afiliação, unidade ou departamento (até três níveis, com somente uma instituição de afiliação por autor), cidade, estado, país, ORCID iD e email de cada um dos autores; e. Nome do autor correspondente, endereço completo, e-mail e telefone; f. Paginação e número máximo de palavras nos resumos e no texto; g. Nomes das agências financiadoras e números dos processos, quando pertinente; h. No caso de manuscrito redigido com base em monografia, dissertação ou tese acadêmica, indicação do autor e título do trabalho, nome da instituição de ensino e ano de defesa.

3. Resumo e palavras-chave: em português, inglês e espanhol, para artigos originais, de revisão e notas de pesquisa, em formato estruturado: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão. Palavras-chave/ Keywords/Palabras clave, selecionadas entre os Descritores em Ciências da Saúde (disponível em:

4. Corpo do manuscrito: artigos originais, de revisão e notas de pesquisa devem conter as seguintes seções: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão. Observar o limite de palavras de cada modalidade.

5. Informação sobre o número e a data de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa; número de registro do ensaio clínico ou da revisão sistemática; e outras considerações éticas, no último parágrafo da seção de Métodos.

6. Parágrafo contendo a contribuição dos autores.

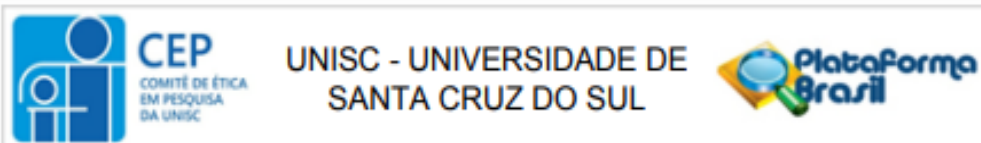
7. Agradecimentos somente com anuência das pessoas nomeadas.

8. Referências normalizadas segundo o padrão ICMJE (Normas de Vancouver), ordenadas e numeradas na sequência em que aparecem no texto; verificar se todas estão citadas no texto e se sua ordem-número de citação corresponde à ordem número em que aparecem na lista das Referências ao final do manuscrito.

9. Tabelas e figuras – para artigos originais e de revisão, somadas, não devem exceder o número de cinco; para notas de pesquisa, não devem exceder o total de três; e para relatos de experiência, não devem exceder o total de quatro.

10. Declaração de Responsabilidade, assinada por todos os autores.

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MORTALIDADE FEMININA e PERFIL DE ÓBITOS NA IDADE FÉRTIL NÃO ASSOCIADOS À MATERNIDADE

Pesquisador: Vera Eleni da Costa Somavilla

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 02467618.9.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.017.509

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso pela aluna Milena Klix de Abreu Pereira, como requisito parcial para aprovação na disciplina, sob orientação da Dra Profa Drª Vera da Costa Somavilla. Trata-se de um estudo que será realizado a partir da análise de documentos - Declaração de óbitos de mulheres em idade fértil- e pretende analisar os dados epidemiológicos, as principais causas de mortalidade, idade, raça e escolaridade desta população, para que seja possível propor medidas adequadas aos problemas de saúde femininos, salientando que a mortalidade é um importante indicador de saúde, pois sua análise permite revelar situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos, além de subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar as causas de mortalidade em mulheres na idade fértil no município de Santa Cruz do Sul nos últimos cinco anos.

Objetivo Secundário:

- Conhecer o perfil dos óbitos da população feminina em idade fértil em relação à raça, escolaridade, atividade laboral e faixa etária;

Descrever as causas dos óbitos dessa população;

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603

Bairro: Universtario **CEP:** 96.815-900

UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL

Telefone: (51)3717-7680

E-mail: cep@unisc.br

Continuação do Parecer: 3.017.509

- Propor a partir dos dados identificados ações de educação e prevenção em saúde que possam reduzir os óbitos preveníveis nessa faixa etária.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo não oferece nenhum tipo de risco, pois não irá realizar nenhum tipo de intervenção direta com seres humanos

Benefícios:

A partir do levantamento dos dados epidemiológicos o estudo irá proporcionar uma ampla problematização e discussão sobre a mortalidade feminina no município de Santa Cruz do Sul

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa bem delineado, com metodologia coerente e objetivos exequíveis

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão adequadamente apresentados.

Recomendações:

OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ok

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado e em condições de ser executado conforme documentos apresentados e anexados à PB.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1249067.pdf	07/11/2018 10:18:20		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Tc.pdf	07/11/2018 10:17:51	Vera Eleni da Costa Somavilla	Aceito
Cronograma	CrM.pdf	07/11/2018 09:59:31	Vera Eleni da Costa Somavilla	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	31/10/2018 16:58:03	Vera Eleni da Costa Somavilla	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	DTCLE.pdf	31/10/2018 16:29:56	Vera Eleni da Costa Somavilla	Aceito

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



CEP
COMITÊ DE ÉTICA
EM PESQUISA
DA UNISC

**UNISC - UNIVERSIDADE DE
SANTA CRUZ DO SUL**



Continuação do Parecer: 3.017.509

Justificativa de Ausência	DTCLE.pdf	31/10/2018 16:29:56	Vera Eleni da Costa Somavilla	Aceito
Outros	CA.pdf	31/10/2018 16:29:23	Vera Eleni da Costa Somavilla	Aceito
Outros	CAI.pdf	31/10/2018 16:28:47	Vera Eleni da Costa Somavilla	Aceito
Orçamento	or.pdf	31/10/2018 16:27:55	Vera Eleni da Costa Somavilla	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AI.pdf	31/10/2018 16:27:04	Vera Eleni da Costa Somavilla	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 13 de Novembro de 2018

**Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603

Bairro: Universitario

CEP: 96.815-900

UF: RS

Município: SANTA CRUZ DO SUL

Telefone: (51)3717-7680

E-mail: cep@unisc.br

ANEXO C – PROJETO DE MONOGRAFIA

CURSO DE ENFERMAGEM

Milena Klix de Abreu Pereira

**MORTALIDADE FEMININA – PERFIL DE ÓBITOS NA IDADE FÉRTIL NÃO
ASSOCIADOS À MATERNIDADE**

Santa Cruz do Sul

2018

Milena Klix de Abreu Pereira

**MORTALIDADE FEMININA – PERFIL DE ÓBITOS NA IDADE FÉRTIL NÃO
ASSOCIADOS À MATERNIDADE**

Projeto de Pesquisa apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão I como requisito parcial para aprovação na disciplina.

Orientador (a): Prof^a Dr^a Vera da Costa Somavilla

Santa Cruz do Sul

2018

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DO	Declaração de Óbito
HIV	<i>Vírus da Imunodeficiência Humana</i>
HPV	<i>Vírus do Papiloma Humano</i>
IAM	<i>Infarto Agudo do Miocárdio</i>
INCA	<i>Instituto Nacional de Câncer</i>
MIF	<i>Mulheres em Idade Fértil</i>
MS	<i>Ministério da Saúde</i>
OMS	<i>Organização Mundial da Saúde</i>
SESA	<i>Secretaria de Saúde</i>
SIM	<i>Sistema de Informações Sobre Mortalidade</i>
SINAN	<i>Sistema de Informação de Agravos de Notificação</i>
SINASC	<i>Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos</i>
SISCOLO	<i>Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero</i>
SMS	<i>Secretaria Municipal de Saúde</i>
SUS	<i>Sistema Único de Saúde</i>
SVS	<i>Secretaria de Vigilância em Saúde</i>
UFSC	<i>Universidade Federal de Santa Catarina</i>
UNISC	<i>Universidade de Santa Cruz do Sul</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 PROBLEMA DE PESQUISA	7
3 OBJETIVOS	8
3.1 Objetivo Geral	8
3.2 Obejetivos Específicos	8
4 JUSTIFICATIVA	9
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	10
5.1 Contextualizando a Mortalidade Feminina na Idade Fértil.....	10
5.2 Neoplasias.....	13
5.3 Doenças Cardiovasculares	15
5.4 Causas Externas.....	16
6 METODOLOGIA.....	18
6.1 Tipo de Pesquisa	18
6.2 Produção dos Dados	19
6.3 Descrição do Documento.....	19
6.4 Amostra do Estudo	21
6.5 Critérios de Inclusão	21
6.6 Critérios de Exclusão	21
6.7 Roteiro de Produção dos Dados	21
6.8 Local de Produção dos Dados.....	22
6.9 Procedimentoe Éticos e Técnicos	22
6.10 Análise dos Dados	23
7 ESTRUTURA PROVISÓRIA DA MONOGRAFIA.....	24
8 CRONOGRAMA.....	24
9 ORÇAMENTO	26
REFERÊNCIAS	27
APÊNDICE A - ROTEIRO DEPRODUÇÃO DOS DADOS	31
APÊNDICE B - AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	32

1 INTRODUÇÃO

A trajetória da população feminina no decorrer dos anos é marcada pela luta para a conquista de maiores espaços na sociedade e como fruto dessa luta, atualmente, vemos as mulheres mais presentes na política, no mercado de trabalho e em diversos seguimentos da sociedade, além de dedicar tempo ao cuidado da família. Dessa forma, sabe-se que a mulher do século XXI desempenha diversos papéis, acumulando as mais variadas funções.

Para Oliveira, Rios e Teixeira (2017), esse acúmulo de funções produz um impacto significativo na vida das mulheres, contribuindo para um aumento da exposição a situações de risco e conseqüentemente alteração no padrão de mortalidade feminina. As mudanças no padrão de mortalidade das mulheres em idade reprodutiva ocorreram concomitantemente com o processo de industrialização, nesse período as mulheres passaram a ser uma população economicamente ativa e começaram a contribuir no processo de produção, o que resultou em novos hábitos de vida (GIL, 2012).

O período reprodutivo feminino, segundo a OMS (2009), compreende a faixa etária de 15 a 44 anos. Porém, no Brasil, considera-se na idade fértil a mulher na faixa etária de 10 a 49 anos. Essa definição nacional foi instituída através de estudos de registros vitais e procedimentos médicos que evidenciaram que nessa faixa etária a mulher está exposta aos riscos referentes à vida sexual e reprodutiva (SILVA, et al 2015).

Além desses, os riscos na idade fértil também se associam ao estilo de vida feminino e aos hábitos adotados nesse período. É importante compreender esse fato para avaliar a situação de saúde das mulheres, pois os riscos aos quais elas estão expostas variam de acordo com cada fase das suas vidas (OLIVEIRA, RIOS e TEIXEIRA, 2017; GIL, 2012).

Para Gil (2012) o grande problema que resulta em mortalidade da população feminina em período reprodutivo, é o diagnóstico tardio das doenças e seu tratamento inadequado. A autora ressalta que tanto as infecções sexualmente transmissíveis como o câncer ainda são diagnosticados tardiamente no Brasil, esse fato vem revelando a fragilidade do nosso sistema de saúde, iniciando-se pelo acesso até a prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento das doenças.

Além das doenças pertinentes à idade fértil, há o contexto socioeconômico que acentua as desigualdades sociais, fato que parece ter um papel decisivo e importante na alta demanda de mortalidade por causas externas, como as mortes violentas. Nesse contexto acredita-se que a faixa etária mais vulnerável à mortalidade por esse agravo sejam as mulheres com idade entre 15 e 24 anos (GIL, 2012).

Para que seja possível propor medidas adequadas aos problemas de saúde femininos é necessário avaliar o seu perfil epidemiológico, que varia conforme as regiões devido às condições socioeconômicas e culturais. Salienta-se que a mortalidade é um importante indicador de saúde, pois sua análise permite identificar situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos, além de subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas (OLIVEIRA, RIOS e TEIXEIRA, 2017; GIL, 2012; BRASIL, 2011).

Diante do exposto é possível dizer que explicar sobre as características de mortalidade das mulheres em idade fértil permite visualizar a situação de saúde além das condições de vida experimentadas pela classe feminina nas regiões onde elas estão inseridas. Conhecer as principais causas de óbito das mulheres no período reprodutivo torna-se relevante para possibilitar intervenções adequadas capazes de melhorar a realidade local, principalmente pela implementação de medidas de promoção à saúde e prevenção de agravos e doenças enfatizando dados reais regionais (OLIVEIRA, RIOS e TEIXEIRA, 2017).

2 PROBLEMA DE PESQUISA

Os dados estatísticos publicados pelos Órgãos Governamentais em nível nacional, estadual e regional indicam que os óbitos na população feminina em idade fértil, não relacionados à gestação e puerpério, vêm crescendo gradativamente, aspecto evidenciado nas referências deste estudo. De acordo com dados do DATASUS (2018), entre os anos de 2014 e 2016, no Rio Grande do Sul, a mortalidade das mulheres em idade fértil cresceu 5,6%, sendo as principais causas de mortalidade encontradas as neoplasias, que ocupam a primeira posição desde o final da década de 90, seguidas pelas doenças do aparelho circulatório e as causas externas, essa última com crescimento expressivo nos últimos anos. Sendo assim, percebe-se que esse é um problema de saúde pública que necessita ser evidenciado para que as ações em saúde sejam planejadas para atender a necessidade de prevenção dessas mortes.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar as causas de mortalidade em mulheres na idade fértil no município de Santa Cruz do Sul nos últimos cinco anos.

3.2 Objetivos Específicos

- Conhecer o perfil dos óbitos da população feminina em idade fértil em relação à raça, escolaridade, atividade laboral e faixa etária;
- Descrever as causas dos óbitos dessa população;
- Propor a partir dos dados identificados ações de educação e prevenção em saúde que possam reduzir os óbitos preveníveis nessa faixa etária.

4 JUSTIFICATIVA

Durante as atividades como estagiária na Secretaria de Saúde do Município de Santa Cruz do Sul, tive a oportunidade de participar de algumas reuniões do Comitê Regional de Mortalidade Materna. Em uma das ocasiões, além das discussões relacionadas às mortes das mulheres que tinham correlação com a gestação e o puerpério, alguns membros do Comitê alertavam o grupo de trabalho em relação à necessidade de olhar de forma mais atenta para os dados relacionados à morte de mulheres em idade fértil, não associadas à gestação e puerpério. A partir desse momento passei a refletir sobre esse aspecto, como atuo no serviço de epidemiologia e mesmo que de forma empírica tenho contato com documentos relacionados a esses óbitos, acredito ser esse um tema de extrema relevância, na medida em que poderá subsidiar o planejamento de ações que se proponham a qualificar a assistência às mulheres evitando mortes por causas preveníveis.

Outro aspecto que justifica esse estudo é que ao iniciar as buscas na literatura sobre o tema percebi que há uma escassez de pesquisas científicas nessa área, principalmente na atualidade, fato trazido no estudo de Ferreira e Pires (2013) que evidenciam que estudos sobre a mortalidade das mulheres em idade fértil ainda são reduzidos e que há poucas publicações científicas sobre o tema nas bases de dados. As autoras ainda destacam que "poucos estudos permitem um diagnóstico mais ampliado sobre o perfil da mortalidade das mulheres em idade fértil" salientando que é importante que os estudos sobre o tema venham evoluindo (FERREIRA e PIRES, 2013, p 1129).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Contextualizando a Mortalidade Feminina na Idade Fértil

De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher é possível perceber que a saúde feminina merece uma atenção especial, pois as mulheres demandam de algumas particularidades na sua saúde, entre elas "as questões reprodutivas, as morbidades intrinsecamente femininas (câncer de mama e do colo uterino) e a vulnerabilidade à violência doméstica e sexual" (BRASIL, 2012, p 306).

No Brasil, os indicadores epidemiológicos mostram que as mulheres estão sujeitas às doenças dos países desenvolvidos (cardiovasculares e crônico-degenerativas) juntamente com as típicas dos países subdesenvolvidos (mortalidade materna e desnutrição). Esse padrão revela as diferenças de desenvolvimento regional e das condições sociais (BRASIL, 2008).

As mulheres são a maioria na sociedade Brasileira. "No ano de 2007 as mulheres representavam 51,2% da população". Em 2005, as mulheres em idade fértil (MIF) representavam 65% do total da população feminina, evidenciando um segmento importante para a elaboração de políticas públicas de saúde (COELHO e PORTO, 2009, p 16; BRASIL, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2009) considera que a idade fértil das mulheres pode ser um período de riscos para sua saúde, principalmente por questões associadas ao sexo e a reprodução, como as infecções sexualmente transmissíveis, capazes de gerar morbidades e mortalidade como também os problemas de saúde relacionados à gravidez e parto que resultam em pelo menos 14% das mortes nesse grupo.

Os padrões da mortalidade em idade fértil são globalmente distintos. As três principais causas de mortalidade feminina nos países de alta renda são os acidentes de trânsito, o suicídio e o câncer de mama, representando, juntas, mais de um óbito a cada quatro. Porém, nos países de baixa renda, as três principais causas de óbito são HIV/AIDS, condições maternas e tuberculose. Essas, por sua vez, juntas, representam um óbito a cada dois. (OMS, 2009).

A OMS (2009) destaca que o principal fator de risco para a mortalidade das MIF é o sexo inseguro. Também pode ser destacada como fator de risco a violência, embora não seja

possível dimensionar esse problema. Outros fatores de risco importantes e crescentes são hipertensão arterial, colesterol elevado, uso do tabaco e obesidade.

Uma análise realizada pelo Ministério da Saúde em 2007 mostrou que entre 2000 e 2005 houve um aumento de 3,5% nos óbitos de MIF. As principais causas de morte, encontradas de acordo com os capítulos da CID-10, foram as doenças do aparelho circulatório (infarto agudo do miocárdio-IAM, acidente vascular cerebral e hemorragia intracerebral), seguido pelas neoplasias, com destaque para o câncer de mama e colo uterino, doenças do aparelho respiratório, destacando-se a pneumonia e as causas externas, evidenciando-se as agressões por arma de fogo (BRASIL, 2008).

O HIV é a principal doença do grupo das infecções e doenças parasitárias, encontrando-se entre as cinco principais causas. Os óbitos relacionados à gravidez, parto e puerpério atingiram cerca de 1.600 MIF por ano, representando a oitava causa de morte no período. (BRASIL, 2008).

Salienta-se a proporção de óbitos por IAM e neoplasias. As doenças do aparelho circulatório representaram 21,1% dos óbitos, sendo o IAM a principal causa com cerca de 18% dos óbitos. Houve um aumento nas mortes decorrentes de neoplasia no período analisado. Em 2000 as neoplasias representavam 20,7% dos óbitos de MIF, já em 2005 chegaram a 23%, representando um aumento de 11,5% no período. A neoplasia de mama manteve-se em primeiro lugar representando cerca de 20%, seguido pelas neoplasias do colo uterino (12,3%) e do encéfalo (6%) (BRASIL, 2008).

Brasil (2008) também destacou que as causas externas representaram a terceira causa de mortalidade e revelou um aumento de 2,4%, passando de 18,8% em 2000 para 19,2% em 2005.

Analisando a mortalidade das MIF por regiões, observamos que as neoplasias e causas externas foram mais frequentes na região Norte, ambas com aumento no período. Na região Nordeste prevaleceram as doenças do aparelho circulatório seguido pelas neoplasias. Na região Sudeste as doenças do aparelho circulatório deixaram de ser a causa principal de mortalidade, respondendo pelo maior percentual as neoplasias, marcando uma inversão no período. Porém, o destaque para as neoplasias ficou com a região Sul, configurando-se como a principal causa de mortalidade de MIF e com um percentual maior do que as demais regiões. Por outro lado, as doenças do aparelho circulatório reduziram sua parcela e o grupo das causas externas aumentou, passando de 17,5% em 2000 para 19,4% em 2005. As causas externas configuraram-se a principal causa de morte na região Centro-Oeste representando em

2005 23,3% das mortes, seguido pelas doenças do aparelho circulatório e as neoplasias, essa última apresentou um aumento de 9,1% no período (BRASIL, 2008).

Observa-se que embora as doenças do aparelho circulatório representem uma grande parcela como causa de mortalidade, chama a atenção o aumento expressivo das neoplasias, em todas as regiões, juntamente com o aumento das causas externas, que mesmo representando a terceira causa de mortalidade, com exceção da região Centro-Oeste onde essa é a primeira, tem demonstrado aumento nos últimos anos como causa de mortalidade das MIF.

Referente à relação de mortalidade com a raça das mulheres, Brasil (2008) destaca que a principal causa de morte das MIF brancas foram as neoplasias, percebendo-se um aumento de 13,5% no período, já entre as pretas e pardas destacaram-se as doenças do aparelho circulatório, porém, revelou-se um aumento significativo para as neoplasias (24,8%), sendo essa a segunda causa de mortalidade das MIF pretas e pardas. As causas externas representaram maior parcela nos óbitos das mulheres de raça indígena, grupo que também é mais atingido pelas causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério. Nas MIF de raça amarela prevaleceram como causa de morte as doenças do aparelho circulatório, porém, também nessa raça, observou-se um aumento das neoplasias e causas externas.

Outro estudo realizado por Brasil (2012), sobre a mortalidade feminina confirma o aumento da participação das neoplasias como causa básica de mortalidade entre os anos de 2000 e 2010 sendo o principal destaque o câncer de mama. Em análise das faixas etárias destacaram-se as causas externas como principal causa de mortalidade de mulheres entre 10 e 29 anos, nas idades superiores a 29 anos as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias destacaram-se. É importante salientar que houve redução da participação das doenças do aparelho circulatório e aumento das neoplasias como causa de mortalidade feminina nessa faixa etária.

Diante dos dados estatísticos do Brasil é possível perceber que os cânceres ginecológicos são os que mais matam no país, destacando-se o câncer de mama e de colo uterino (UFSC, 2016).

Em ambas as análises realizadas por Brasil (2008) e Brasil (2012) foi identificado que o preenchimento das Declarações de Óbito melhorou nos últimos anos, pois os índices de causas mal definidas apresentaram-se diminuídos. No estudo de 2007, por exemplo, 8% dos óbitos ficaram com causa mal definida, revelando uma melhora em relação a 2000 quando as causas mal definidas representaram 12%. Essa redução revelou maior conscientização dos

gestores e melhor investigação das causas de óbito, contribuindo para maior confiabilidade dos dados e melhor análise da situação de saúde da população brasileira, nesse caso das MIF.

Segundo dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) (2018), no Rio Grande do Sul, no ano de 2016, observa-se que entre 10 e 29 anos a principal causa de mortalidade das mulheres foram as causas externas, atingindo principalmente as mulheres de 20 a 29 anos. Já na faixa etária de 30 a 49 anos destacam-se as neoplasias, prevalecendo principalmente na faixa etária de 40 a 49 anos. Quando consideradas todas as faixas etárias, as principais causas identificadas são as neoplasias (26,9%), seguidas pelas causas externas (17,8%) e pelas doenças do aparelho circulatório (13,5%).

Até o ano de 2006 as causas externas ocupavam a terceira posição como causa de mortalidade das MIF no estado, em 2007 passou a ser a segunda causa, colocando as doenças cardiovasculares na terceira posição, em 2008 houve uma pequena variação entre as causas invertendo-se novamente, porém, desde 2009 as causas externas mantem-se como a segunda causa dos óbitos. Referente às neoplasias, de acordo com dados disponíveis no DATASUS, já no ano de 1996, essas ocupavam o primeiro lugar como causa de mortalidade das MIF no Rio Grande do Sul (DATASUS, 2018).

A partir das informações descritas acima, observa-se que tanto nas pesquisas em nível nacional como nos dados encontrados sobre o Rio Grande do Sul, as principais causas de mortalidade das mulheres em idade reprodutiva são as neoplasias, as doenças cardiovasculares e as causas externas, sendo assim, a seguir descreve-se aspectos relacionados a essas causas.

5.2 Neoplasias

Entre as principais necessidades, vulnerabilidades e agravos referentes à saúde da mulher, destacados pela epidemiologia, encontra-se o câncer ginecológico. De acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 2010, no Brasil, foram identificados 49.240 novos casos de câncer de mama, representando uma taxa bruta de 49,27 por 100.000 mulheres. Referente ao câncer de colo houve registro de 18.430 casos novos, com taxa bruta de 18,47 por 100.000 mulheres (SANTOS e CUBAS, 2013).

Nos países desenvolvidos, o câncer de mama é um dos tumores malignos mais frequentes, Millão e Figueiredo (2012) evidenciam que esse fenômeno também pode ser observado nos países em desenvolvimento, sendo considerado um problema de saúde pública, dessa forma o Brasil está inserido nesse contexto. As autoras também salientam que o câncer

de mama é a neoplasia mais frequente entre as mulheres e observa-se que a cada ano "cerca de 22% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama" (MILLÃO e FIGUEIREDO, p 311, 2012).

Para Millão e Figueiredo (2012) se o câncer de mama é diagnosticado e tratado em tempo hábil, pode-se dizer que esse apresenta um bom prognóstico, logo as taxas elevadas de mortalidade no país em decorrência dessa neoplasia, podem estar relacionadas ao diagnóstico tardio da doença.

Desde o ano de 2008, em nível global, verifica-se que a incidência do câncer de mama aumentou mais de 20% e a mortalidade em decorrência dele teve aumento de 14%. Ainda é possível destacar que

embora a incidência de câncer de mama tenha crescido na maioria das regiões do mundo, observam-se enormes iniquidades entre regiões mais ricas e mais pobres. Enquanto as taxas de incidência permanecem mais altas em muitos países desenvolvidos, a mortalidade é relativamente maior em países em desenvolvimento, graças ao atraso na detecção precoce e às dificuldades no acesso ao tratamento (MEIRA, et al, p 402-403, 2015).

As taxas de mortalidade por neoplasias em idade reprodutiva aumentam gradativamente conforme a faixa etária das mulheres, dessa forma a mortalidade em decorrência de neoplasias é mais frequente a partir dos 30 anos. Porém, mesmo que em mulheres até 29 anos a frequência da mortalidade por câncer de mama seja menor, essa taxa de mortalidade ainda preocupa, pois considerando que as mulheres nessa faixa etária são muito jovens e possuam condições de sobreviver à doença, esperava-se que as taxas fossem zeradas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2016; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, 2007).

A segunda neoplasia mais frequente em mulheres é o câncer de colo uterino, responsável por aproximadamente 230 mil mortes de mulheres por ano, no mundo, sendo sua incidência duas vezes maior nos países em desenvolvimento quando comparada aos países desenvolvidos (MILLÃO e FIGUEIREDO, 2012).

De acordo com as autoras

a incidência por câncer de colo uterino torna-se evidente na faixa etária de 20 a 29 anos, e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico, geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos" (MILLÃO e FIGUEIREDO, p 316, 2012).

Determina-se que na região Sul a incidência do câncer de colo uterino seja de 24 casos a cada 100.000 mulheres, em Porto Alegre foram identificados 230 novos casos no ano de

2008. Estima-se que seja possível reduzir em 80% a mortalidade por esse tipo de câncer através do rastreamento em mulheres entre 25 e 65 anos (SISCOLO PORTO ALEGRE, 2008).

O câncer de colo uterino apresenta algumas particularidades. A mortalidade em decorrência dele é evitável, esse é o tipo de neoplasia que apresenta grande potencial de prevenção e cura, pois as tecnologias para diagnóstico e tratamento das lesões precursoras permite a cura dos casos diagnosticados em fase inicial em aproximadamente 100%. Outra característica desse agravo é sua forte associação com o baixo nível socioeconômico das populações, ou seja, ele afeta principalmente os grupos de maior vulnerabilidade social, sendo esses os que possuem maiores barreiras para o acesso à rede dos serviços de saúde (MILLÃO e FIGUEIREDO, 2012; DATASUS, 2008).

Atualmente acredita-se que as elevadas taxas de câncer de colo uterino estejam relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis. A OMS destaca que o principal fator de risco para o desenvolvimento da doença é a persistência da infecção pelo HPV, pois grande parte dos tipos de câncer do colo do útero são causados por um dos quinze tipos oncogênicos do HPV. Além da infecção pelo vírus, considera-se como fatores associados “a paridade elevada, o início precoce da atividade sexual e o número de parceiros sexuais” (MILLÃO e FIGUEIREDO, 2012, p 318).

5.3 Doenças Cardiovasculares

As doenças cardiovasculares ainda representam um grande problema de saúde pública na atualidade e em algumas regiões do Brasil é encontrada como sendo a primeira causa de mortalidade, representando um terço do total de óbitos no país. No mundo, em 2004, esse agravo foi responsável por 1,2 milhões de mortes de mulheres entre 20 e 59 anos (TRAEBERT, et al 2017; CAMPOS, 2017).

No grupo das doenças cardiovasculares destaca-se a hipertensão arterial, mas também estão no grupo:

doença coronariana, doença cerebrovascular, doença arterial periférica, doença reumática, doença cardíaca congênita, trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar (CAMPOS, p 15, 2017);

E embora acometa mais homens do que mulheres, cada vez mais a população feminina vem sofrendo com essa iniquidade. Em seu estudo, Campos (2017) revela que, quando

comparadas aos homens, as mulheres têm duas vezes mais paradas cardíacas e também maiores chances de morrer, além de menos chance de sucesso na revascularização miocárdica, tendo em vista que as mulheres não apresentam sintomas clássicos da doença coronariana, mas nelas são identificados sintomas como fadiga, indigestão, insônia e ansiedade.

Verifica-se um aumento desse agravo nas mulheres em idade reprodutiva devido a situações próprias do organismo feminino. Campos (2007) destaca as doenças autoimunes, hipertensão e diabetes gestacional e complicações no parto. Outro ponto, destacado pela autora, é que os mecanismos das lesões miocárdicas são diferentes em homens e mulheres. Na população feminina as lesões no miocárdio ocorrem devido a alterações inflamatórias do endotélio coronariano, sendo essas mais difíceis de detectar do que as lesões obstrutivas observadas na população masculina.

Observa-se, nesse sentido, a importância da abordagem precoce das doenças cardiovasculares com cuidados primários em saúde, visando um estilo de vida saudável que inclua atividade física, cessação do tabagismo, diminuição do consumo de bebidas alcoólicas, juntamente com redução da ingestão de gorduras e dos níveis de estresse. Destaca-se também que essas abordagens devem começar o mais breve possível, considerando que a exposição aos fatores de risco começa cedo no ciclo de vida das mulheres (CAMPOS, 2017).

5.4 Causas Externas

Para a Organização Pan-Americana da Saúde as causas externas são um grave problema de saúde pública, envolvendo principalmente os acidentes e as violências. Esse agravo gera grande sobrecarga nos serviços de saúde, pois, muitas vezes envolvem vários níveis de atenção, como os serviços de emergência, assistência especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social (VIEIRA, et al 2014).

Na atualidade é possível perceber um novo desenho do perfil das mortalidades, nesse perfil encontra-se o considerável aumento das causas externas com destaque para a violência de gênero. A principal faixa etária atingida por esse agravo são as mulheres mais jovens, com idade entre 10 e 29 anos (NETO 2013; SECRETARIA MUNICIPAL DE CAMPINAS 2016).

Segundo a OMS (2008), no mundo, as causas externas representam 15% dos óbitos em mulheres adultas. Para Martins, et al (2014) o aumento das causas externas como causa de mortalidade das MIF está relacionado ao progresso das mulheres no cenário econômico e social. Carvalho, et al (2016) enfatizam que em nível nacional as principais causas externas

associadas a mortalidade das mulheres sejam os acidentes de trânsito, os homicídios e os suicídios.

A OMS (2008) alerta para a ocorrência do suicídio em mulheres. Na idade reprodutiva registra-se que um em cada três suicídios são cometidos por mulheres entre 25 e 44 anos, sendo em nível mundial a quinta causa de morte em mulheres de 20 e 44 anos, superando a grande quantidade de mortes em decorrência de acidentes de trânsito. Outro alerta é para as formas de violência contra a mulher. Esse agravo contribui para o aumento dos homicídios e suicídios femininos configurando-se como um problema com sérias implicações para a saúde pública.

Os acidentes de trânsito também são configurados como uma importante causa externa responsável por elevadas taxas de mortalidade, envolvendo, principalmente, carros e motos, sendo os condutores das motos os que mais sofrem com lesões graves e inclusive o óbito, causa que poderia ser evitada, segundo os autores, com investimento em medidas educativas (VIEIRA, et al 2014).

6 METODOLOGIA

6.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo epidemiológico com abordagem quali-quantitativa de caráter descritivo exploratório do tipo documental.

A epidemiologia busca respostas para diversas questões relacionadas com os mais variados agravos à saúde. Segundo Rouquaryol (2013) a epidemiologia descritiva visa delinear o perfil das populações bem como possibilitar intervenções adequadas de acordo com as variáveis circunstanciais encontradas. Para Medronho et al. (2009) os objetivos da pesquisa epidemiológica são identificar a distribuição e frequência de doenças bem como o padrão de saúde de uma população, controlar a ocorrência de agravos e doenças através da prevenção de novos casos além de compreender ou explicar fenômenos relacionados à saúde que possibilitem intervenções para a modificação do padrão de saúde de uma população.

A abordagem quantitativa visa explicar fenômenos através da coleta de dados numéricos analisados de forma estatística, procurando relações entre as variáveis, buscando descobrir características de um fenômeno, esse tipo de pesquisa busca precisão nos resultados. Por sua vez, a abordagem qualitativa não tem como objetivo numerar os eventos estudados, mas visa compreender os fenômenos e interpretar o que está sendo estudado (PASCHOARELLI, MEDOLA e BONFIM 2015).

Apesar das especificidades de cada método, é possível trabalhar com as duas abordagens. O método de abordagem misto permite trabalhar com os pontos fortes de ambos, proporcionando maior compreensão do problema estudado, podendo apresentar-se de forma alternada ou simultânea a fim de responder a questão de pesquisa. O uso dos métodos em conjunto permite, entre outros, identificar as variáveis específicas do fenômeno bem como visualizá-lo de forma global. Ainda é possível destacar que o uso do método misto tem revelado resultados confiáveis (PASCHOARELLI, MEDOLA e BONFIM 2015).

Combinar as duas abordagens, para Souza e Kerbauy (2017), possibilita olhares diferentes sobre o mesmo fenômeno, ampliando a visualização do problema em estudo, e o uso do método qualitativo não exclui o uso do método quantitativo e vice-versa. Segundo as autoras, a integração dos métodos “consiste em uma tendência que indica o surgimento de uma nova abordagem metodológica” e supera o conflito entre os dois métodos, tendo em vista que juntos “tratam de fenômenos reais, atribuindo sentido concreto aos seus dados” (SOUZA e KERBAUY, p 40 2017).

O estudo descritivo mostra as características de determinada população ou fenômeno. Um tipo de pesquisa descritiva é aquela que busca analisar as características de um grupo como idade, sexo, escolaridade, etc. Um dos intuitos dessa pesquisa é descobrir a existência de associações entre variáveis analisadas (GIL, 2017).

O objetivo do estudo exploratório é proporcionar maior familiaridade com o problema, tornando-o explícito ou, através dele, construir hipóteses. Através da pesquisa exploratória busca-se levantar informações sobre determinado objeto, identificando as condições de manifestação desse objeto (GIL, 2017; SEVERINO, 2017).

6.2 Produção dos Dados

Os dados do presente estudo serão produzidos a partir da análise de documentos, considerando que esses são fontes ricas e estáveis de dados. A pesquisa documental é feita através do tratamento de documentos, a partir do qual é possível desenvolver investigação e análise do objeto em estudo, é a exploração de documentos que são fonte do objeto pesquisado. Através da análise documental é possível mostrar a situação atual de um determinado fenômeno, bem como traçar a evolução de um problema. Nesse tipo de pesquisa é possível analisar documentos conservados em arquivos de órgãos públicos e instituições privadas, esses são considerados documentos de primeira mão, ou seja, que não receberam nenhum tratamento analítico (SEVERINO, 2017; CHIZZOTTI, 2018; GIL, 2010).

No presente estudo pretende-se analisar documentos digitalizados, por isso é importante compreender alguns conceitos: Documento arquivístico é todo aquele produzido através de uma atividade prática como um instrumento ou resultado de tal atividade, por uma pessoa física ou jurídica, por instituições públicas ou privadas. O documento digital é uma informação registrada que é codificada em dígitos binários, acessível e interpretável por meio da tecnologia de um sistema computacional (SILVA, 2016).

6.3 Descrição do Documento

A Declaração de Óbito (DO) é um documento padrão de uso obrigatório em todo o território nacional, sendo o documento-base do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. Além de alimentar o SIM, a DO é o documento hábil para a lavratura da Certidão de Óbito pelo Cartório de Registro Civil (BRASIL, 2011; BRASIL, 2009).

Brasil (2009) observa que o documento é composto por três vias autocopiativas (via branca, via amarela e via rosa), numeradas de forma sequencial e é fornecido pelo Ministério da Saúde e distribuído pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. No município de Santa Cruz do Sul, as declarações de óbito são solicitadas à 13ª Coordenadoria Regional de Saúde e são distribuídas pela Vigilância Epidemiológica, mediante pedido prévio, às unidades notificadoras.

Brasil (2011, p 7) destaca que são unidades notificadoras:

Estabelecimento e Serviço de Saúde, inclusive o de atendimento ou internação domiciliar; Instituto Médico Legal; Serviço de Verificação de Óbito; Médico cadastrado pela Secretaria Municipal de Saúde; Cartório de Registro Civil - somente em localidades onde não exista médico.

Ressalta-se que no município de Santa Cruz do Sul não existe o Serviço de Verificação de Óbito. Ainda de acordo com Brasil (2011) é importante destacar que é vedada a distribuição de DO para empresas funerárias e que a emissão do documento é um ato médico.

Quanto ao fluxo das vias da DO segundo Brasil (2011), é importante ressaltar que ele varia em função das características do óbito e do local de sua ocorrência, essa variação está prevista na legislação conforme os artigos 20 a 26 da Portaria nº 116 MS-SVS, de 11/02/2009. Porém, de forma geral, este fluxo acontece da seguinte forma no município de Santa Cruz do Sul: a via branca será enviada à Secretaria Municipal de Saúde, ao setor de Epidemiologia, onde os óbitos serão qualificados através de investigação e codificação da causa básica e causas associadas, essa via alimentará o SIM e após será arquivada. A via amarela será usada para o registro em cartório, onde ficará arquivada, e por meio dela será emitida a Certidão de Óbito. Por fim, a via rosa ficará anexada ao prontuário do paciente nos serviços de saúde ou, em casos específicos, quando o óbito ocorre em domicílio, por exemplo, essa é enviada também ao setor de Epidemiologia.

É possível identificar que a DO tem uma função legal, porém além dessa função é importante perceber que os dados presentes nela são utilizados para conhecer a situação de saúde das populações e subsidiar ações para sua melhoria. Desse modo, as informações da DO devem ser fidedignas a fim de refletir a realidade (BRASIL, 2009).

Quanto aos itens que compõem o documento, Brasil (2011, p 15) destaca:

A Declaração de Óbito é composta por nove Blocos, com um total de 59 variáveis: Bloco I - Identificação Bloco II - Residência Bloco III -

Ocorrência Bloco IV - Fetal ou menor que 1 ano Bloco V - Condições e causas do óbito Bloco VI - Médico Bloco VII - Causas externas Bloco VIII - Cartório Bloco IX - Localidade sem Médico.

Além de compreender sobre a DO, é relevante compreender sobre o sistema de informação. O SIM é um sistema de extrema importância epidemiológica, pois através dele é possível acessar informações referentes às características de pessoa, tempo e lugar, condições de óbito, assistência prestada ao paciente, causas básicas e associadas, dentre outras. O sistema foi criado em 1975 pelo DATASUS com o objetivo de coletar dados referentes à mortalidade no país, e em 1979 o sistema foi informatizado. Alguns benefícios trazidos pelo SIM são a produção de estatísticas de mortalidade, construção dos principais indicadores de saúde e análises estatísticas, epidemiológicas e sócio demográficas (THOMAZ, et al 2015; DATASUS, 2018).

6.4 Amostra do Estudo

O presente estudo terá como amostra declarações de óbito de mulheres em idade fértil digitalizadas no SIM dos últimos cinco anos, compreendendo os anos de 2013 a 2017.

6.5 Critérios de Inclusão

Como critérios de inclusão serão observados os seguintes itens: declarações de óbito cujo município de residência conste como Santa Cruz do Sul e que corresponda ao sexo e a faixa etária em estudo (mulheres com idades entre 10 e 49 anos), pois conforme evidenciado no referencial teórico desse estudo, considera-se essa faixa etária para mulheres em idade fértil no Brasil.

6.6 Critérios de Exclusão

Toda a declaração de óbito que não atender aos critérios de inclusão e que possua campos com preenchimento incompleto.

6.7 Roteiro de Produção dos Dados:

Os documentos serão analisados através de um roteiro estruturado (Apêndice A) para que o foco da pesquisa não se perca, bem como, seus objetivos sejam alcançados. Para Mascarenhas (2012), o roteiro ou formulário é um instrumento flexível que será preenchido pelo próprio pesquisador, sendo indicado para coleta de dados complexos e objetivos. O autor

também ressalta que seguir um roteiro contribui para que erros de preenchimento sejam minimizados.

6.8 Local da Produção dos Dados

Os dados serão produzidos na Vigilância Epidemiológica do município de Santa Cruz do Sul, setor vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e pertencente ao Departamento de Vigilância e Ações em Saúde, juntamente com os outros setores de vigilância: Vigilância Sanitária, Ambiental, Em Saúde do Trabalhador e Imunizações (SESA SANTA CRUZ DO SUL, 2017).

O objetivo do serviço da Vigilância Epidemiológica é conhecer e monitorar o perfil das doenças e agravos no município, identificando onde, como, quando, e porque ocorrem, buscando alcançar o controle, prevenção e erradicação, quando possível, dessas doenças e agravos. Fornecer informações técnicas aos gestores também é função do setor, para que sejam estabelecidas prioridades de saúde a fim de contribuir para melhora do nível de saúde da população (SESA SANTA CRUZ DO SUL, 2017).

A equipe do serviço de epidemiologia é composta por uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e uma estagiária digitadora. Receber e investigar as doenças e agravos de notificação compulsória, conforme a Portaria 204 (17/fevereiro/2016) do Ministério da Saúde, gerenciando, dessa forma o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), é competência do setor. O departamento também gerencia o SIM, o qual já foi descrito acima, e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), alimentado pela Declaração de Nascido Vivo. O Plano Municipal de Saúde (2018-2022) evidencia que todas as informações recebidas e geradas pela Vigilância Epidemiológica são disponibilizadas por e-mail ou telefone fornecendo apoio técnico aos profissionais de saúde do município (SESA SANTA CRUZ DO SUL, 2017).

6.9 Procedimentos Éticos e Técnicos

O presente estudo seguirá as determinações do Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC, e não será utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois ele não recrutará de forma direta seres humanos. Seus dados serão obtidos a partir da análise de documentos, que terão seu manuseio autorizado formalmente através de uma carta do setor (Apêndice B), e as

informações contidas nos mesmos preservarão o anonimato dos sujeitos de acordo com as normas de pesquisa estabelecidas pela Resolução 466/2012.

6.10 Análise dos Dados

Primeiramente, os dados quantitativos serão organizados em planilha do *Excel* onde serão calculadas as frequências relativas e absolutas. Os resultados dessa análise serão organizados em tabelas e gráficos, que serão discutidos e problematizados com base em referenciais teóricos.

A partir da análise quantitativa será feita a análise qualitativa, baseada no método de transformação de dados. Para Creswell (2007) esse método permite ao pesquisador transformar dados quantitativos em qualitativos, criando temas ou fatores que podem ser comparados com a base de dados quantitativa.

De acordo com Sampieri, Collado e Lucio (2013) o método de transformação de dados consiste em qualificar dados quantitativos, considerando o significado dos dados numéricos, nascendo, a partir deles, temas que os refletem.

7 ESTRUTURA PROVISÓRIA DA MONOGRAFIA

1 INTRODUÇÃO

2 PROBLEMA

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

2 Objetivos Específicos

4 JUSTIFICATIVA

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Contextualizando a Mortalidade Feminina na Idade Fértil

5.2 Neoplasias

5.3 Doenças Cardiovasculares

5.4 Causas Externas

6 METODOLOGIA

6.1 Tipo de Pesquisa

6.2 Produção dos Dados

6.3 Descrição do Documento

6.4 Amostra do Estudo

6.5 Critérios de Inclusão

6.6 Critérios de Exclusão

6.7 Roteiro de Produção dos Dados

6.8 Local da Produção dos Dados

6.9 Procedimentos Éticos e Técnicos

6.10 Análise dos Dados

6.11 Discussão

7 CONCLUSÃO

REFERÊNCIAS

8 CRONOGRAMA

Título da Pesquisa: **Mortalidade Feminina – Perfil de Óbitos na Idade Fértil Não Associados à Maternidade**

2018/2 a 2019/1

Atividades	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
Pesquisa de literatura	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Conclusão do Projeto			x									
Contato com a SMS			x									
Apresentação ao CEP				x								
Coleta de Dados						x	x					
Organização dos Dados						x	x					
Análise e discussão dos dados								x	x	x		
Elaboração da versão final											x	
Apresentação pública												x

Milena Klix de Abreu Pereira – Pesquisadora

Vera da Costa Somavilla - Orientadora

9 ORÇAMENTO

Título da Pesquisa: **Mortalidade Feminina – Perfil de Óbitos na Idade Fértil Não Associados à Maternidade**

Gestor Financeiro: Vera da Costa Somavilla

Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Folhas A4	1 pacote (100 folhas)	R\$ 6,90	R\$ 6,90
Capas UNISC	4 unidades	R\$ 0,50	R\$ 2,00
Impressão	120 páginas	R\$ 0,25	R\$ 30,00
Encadernação	4	R\$ 5,00	R\$ 20,00
Pen Drive	1	R\$ 45,00	R\$ 45,00
Gasolina	20 litros	R\$ 4,96	R\$ 99,20
Valor Total do Orçamento:			R\$ 203,10

Milena Klix de Abreu Pereira – Pesquisadora

Vera da Costa Somavilla - Orientadora

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. *A Declaração de Óbito Documento necessário e importante*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 3ª edição, Brasília, DF, 2009. Disponível em , acesso em 1º de setembro de 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2011. Disponível em , acesso em 1º de setembro de 2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2011 Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Brasília, DF, 2012. Disponível em acesso em 12 de agosto de 2018;
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2007 Uma análise da situação de saúde*. Brasília, DF, 2008. Disponível em acesso em 12 de agosto de 2018.
- CAMPOS, Alessandra Arantes da Silva. *MORTALIDADE POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM MULHERES EM IDADE FÉRTIL NO ESTADO DE GOIÁS (2000-2014)*. 2017. 49 f. Dissertação. (MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE) - PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS – PUC GOIÁS. Goiânia, 2017. Disponível em , acesso em 21 de agosto de 2018.
- CARVALHO, R.L.O, et al. *MORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL ENTRE 1998 E 2012 NA MICRORREGIÃO DE BARBACENA*. Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais, n. único, v. 8, p. 15-22, 2016. Disponível em , acesso em 21 de agosto de 2018.
- CHIZZOTTI, Antônio. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. São Paulo: Editora Cortez, 2018.
- COELHO, S.; PORTO, Y. F. Núcleo de educação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Minas Gerais. *Saúde da Mulher*. Belo Horizonte, 2009. Disponível em acesso em 12 de agosto de 2018;
- CRESWELL, John W. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Tradução: Luciana de Oliveira da Rocha, 2 ed, Porto Alegre: Editora Artmed, 2007.
- DATASUS. Ministério da Saúde. *SIM- Sistema de Informação de Mortalidade*, 2018. Disponível em: , acesso em 1º de setembro de 2018.
- FERREIRA, D. L.; PIRES, V. A. T. N. *PERFIL DE MORBIDADE E MORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE IPATINGA*. Revista Enfermagem Integrada, n.1, v. 6 Ipatinga, Jul./Ago. 2013. Disponível em acesso em 12 de agosto de 2018.
- GIL, Antônio Carlos. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas, 2010.
- GIL, Antônio Carlos. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas, 2017.

GIL, Mariana Marcos. *Estudo da mortalidade de mulheres em idade reprodutiva no município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil*. 2012. 57 f. Tese (Programa Enfermagem em Saúde Pública - Mestrado em Ciências) Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2012. Disponível em , acesso em 22 de setembro de 2018.

MARTINS, V.A. et al. *MORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL DE 2002 A 2011 EM SÃO LUÍS, MARANHÃO*. Rev. Pesq. Saúde, n.1 v.15, p. 235-239, Jan./Abr. 2014. Disponível em , acesso em 21 de agosto de 2018.

MEDRONHO; R. A., et al. *Epidemiologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

MASCARENHAS, Sidnei Augusto. *Metodologia científica*. São Paulo: Editora Pearson Education do Brasil, 2012.

MEIRA, K.C. et al. *Análise de efeito idade-período-coorte na mortalidade por câncer de mama no Brasil e regiões*. Rev. Panam. Salud Publica, n. 6, v. 37, p 402-408, 2015. Disponível em , acesso em 20 de agosto de 2018.

MILLÃO, L. F.; FIGUEIREDO, M. R. B. *Enfermagem em Saúde Coletiva*. V 1. São Caetano do Sul, SP: Editora Difusão. Rio de Janeiro, RJ: Editora Senac Rio, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *SISCOLO/SISMAMA Sistema de informação do câncer do colo uterino e Sistema de informação do câncer de mama*. Datasus, 2008. Disponível em , acesso em 20 de agosto de 2018.

MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL. SESA. *PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018-2022*. 2017. Disponível em: , acesso em 1º de setembro de 2018.

NETO, Paulino José de Albuquerque Vasconcelos. *ANÁLISE ESPACIAL DA MORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL EM PERNAMBUCO ENTRE OS ANOS DE 2005 E 2010*. 2013. 34 f. Monografia (CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES - RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA) - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, Recife, PE, 2013. Disponível em , acesso em 21 de agosto de 2018.

OLIVEIRA, T.J; RIOS, M. A.; TEIXEIRA, P.N. *Mortalidade de mulheres em idade fértil na região de saúde de Guanambi/ BA*. Revista O mundo da Saúde, n. 4, v. 41, p 711-719, São Paulo, 2017. Disponível em , acesso em 22 de setembro de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã*. 2009. Disponível em acesso em 12 de agosto de 2018.

PASCHOARELLI, L. C.; MEDOLA F. O.; BONFIM, G. H. C. *Características Qualitativas, Quantitativas e Quali-quantitativas de Abordagens Científicas: estudos de caso na subárea do Design Ergonômico*. Revista de Design, Tecnologia e Sociedade, n.1, v. 2, p 65-78, 2015. Disponível em: , acesso em 25 de agosto de 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. Equipe de Vigilância de Eventos Vitais,

Doenças e Agravos Não Transmissíveis. *Comentários sobre a mortalidade por CÂNCER DE MAMA Complementar ao documento já disponibilizado em 2007: NEOPLASIAS 2006*. Porto Alegre, 2007. Disponível em , acesso em 20 de agosto de 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. Equipe de Vigilância de Eventos Vitais, Doenças e Agravos não Transmissíveis. *SISCOLO Relatório 2008*. Porto Alegre, 2008. Disponível em , acesso em 20 de agosto de 2018.

ROUQUARYOL, Maria Zélia; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. *Rouquayrol Epidemiologia & Saúde*. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. *Metodologia de Pesquisa*. Tradução: Daisy Vaz de Moraes, 5 ed, Porto Alegre: Editora Penso, 2013.

SANTOS, A. S.; CUBAS, M. R. *SAUDE COLETIVA LINHAS DE CUIDADO E CONSULTA DE ENFERMAGEM*. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Centro Colaborador em Análise da Situação de Saúde. Mortalidade em Campinas. Informe do Projeto de Monitorização dos Óbitos no município de Campinas: *Boletim de mortalidade n°53 Mortalidade Mulheres em Idade Fértil*, 2016. Disponível em , acesso em 20 de agosto de 2018.

SEVERINO, Antônio Joaquim. *Metodologia do Trabalho Científico*. São Paulo: Editora Cortez, 2017.

SILVA; J.G. et al. *Perfil da evitabilidade de óbitos de mulheres em idade fértil, de 2009 a 2013, em residentes de Porto Velho, Rondônia, Brasil*. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*. n. 3, v.17, p 49-59, Jul./Set., 2015. Disponível em , acesso em 3 de outubro de 2018.

SILVA. Nathalia Luiza Coimbra. *GESTÃO DE DOCUMENTOS ARQUIVÍSTICOS DIGITAIS: ANÁLISE DO SISTEMA Y*. 2016. 51 f. Trabalho de Conclusão de Curso (CURSO DE GRADUAÇÃO EM ARQUIVOLOGIA) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2016. Disponível em: , acesso em 25 de agosto de 2018.

TRAEBERT, J. et al. *A carga das doenças cardiovasculares no estado de Santa Catarina no ano de 2009*. *Rev. Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, n. 2, v. 26, p. 331-338, Abr/Jun, 2017. Disponível em , acesso em 21 de agosto de 2018.

THOMAZ, E.B.A.F et al. Sistema de Informação Sobre Mortalidade. In: PINHO; J. R. O et al (Org.). Universidade Federal do Maranhão UNA-SUS/UFMA. *Cadernos de Saúde da Família. Conceitos e Ferramentas da Epidemiologia*. São Luís: EDUFMA, 2015.

VIEIRA, R.M, et al. *MORTALIDADE SEGUNDO CAUSAS EXTERNAS ENTRE MULHERES EM IDADE FÉRTIL, NO MUNICÍPIO DE SOBRAL, CEARÁ*. *S A N A R E Rev. de Políticas Públicas*, Sobral, v.13, n.2, p.70-77, Jun./Dez. 2014. Disponível em , acesso em 21 de agosto de 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Especialização Multiprofissional na Atenção Básica. Eixo III - A Assistência na Atenção Básica. *Atenção Integral à Saúde da Mulher Medicina*. Florianópolis, 2016. Disponível em acesso em 12 de agosto de 2018.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE PRODUÇÃO DOS DADOS

Ano do Óbito: 2013 () 2014 () 2015 () 2016 () 2017 ()

Idade: 10 a 19 anos () 20 a 29 anos () 30 a 39 anos () 40 a 49 anos ()

Raça: Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena ()

Escolaridade: Sem escolaridade () 1ª a 4ª série () 5ª a 8ª série ()

Ensino Médio Completo () Ensino Médio Incompleto () Superior Completo () Superior Incompleto ()

Ocupação: _____

Procedência: _____

Causa básica: _____

Causas associadas: _____

APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA

CURSO DE ENFERMAGEM

Santa Cruz do Sul, 4 de outubro de 2018

Secretaria Municipal de Saúde

Sra. Diretora

Vimos por meio desta, solicitar vossa autorização para que a acadêmica Milena Klix de Abreu Pereira, devidamente matriculada no Curso de Enfermagem, matrícula nº 96135, realize a busca de dados de sua pesquisa nas declarações de óbito de mulheres em idade fértil que tenham ocorrido nos anos de 2013 a 2017, residentes do município de Santa Cruz do Sul para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) nos meses de janeiro e fevereiro de 2019.

A pesquisa, orientada pela Prof^ª. Dr^ª. Vera da Costa Somavilla, intitula-se: *Mortalidade Feminina – Perfil de Óbitos na Idade Fértil Não Associados à Maternidade*, e tem por objetivo: Identificar as causas de mortalidade em mulheres na idade fértil no município de Santa Cruz do Sul. Aspectos relacionados à relevância do estudo e metodologia estão descritos no material entregue.

O projeto de pesquisa seguirá as normas determinadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul.

No aguardo de vossa resposta, cordialmente.

Prof^ª. Dr^ª. Enf^ª. Vera da Costa Somavilla

Ac. Enf. Milena Klix de Abreu Pereira