

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

ANA PRISCILA ELEODORO ROSA

**Mortalidade de pessoas de 15 a 49 anos: descrição e análise de gênero**

RIBEIRÃO PRETO

2023

ANA PRISCILA ELEODORO ROSA

MORTALIDADE DE PESSOAS DE 15 A 49 ANOS: DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE  
GÊNERO

**Versão Corrigida**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Amaury Lelis Dal Fabbro.

Co-orientadora: Prof. Dra. Luciane Loures dos Santos

Ribeirão Preto

2023

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Rosa, Ana Priscila Eleodoro

Mortalidade de pessoas de 15 a 49 anos: descrição e análise de gênero. Ana Priscila Eleodoro Rosa; orientador, Amaury Lelis Dal Fabbro, co-orientadora, Luciane Loures dos Santos. Ribeirão Preto: FMRP, 2023.

65 p.; il; 30 cm

Dissertação (mestrado em ciências) – Programa de Pós-graduação de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2023.

Versão Corrigida.

1 Saúde da Mulher. 2 Mortalidade. 3 Estudos de Gênero. 4 Epidemiologia

Nome: ROSA, Ana Priscila Eleodoro.

Título: Mortalidade de pessoas de 15 a 49 anos: descrição e análise de gênero.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento \_\_\_\_\_

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus por poder fazer parte desse Universo e por ter saúde para desfrutar da vida que Ele me concedeu. Aos meus pais Antônio (*in memoriam*) e Luzia, sem vocês jamais eu teria conseguido evoluir como ser humano e chegar até aqui.

Agradeço a João Paulo Dias de Souza, que me acompanha em tudo o que preciso, sempre apoiando e orientando quando é necessário, e foi meu principal estimulador para entrar no mestrado.

Agradeço ao Professor Amaury Lelis Dal Fabbro, meu orientador, que me ajudou muito no que precisei e compartilhou comigo sua sabedoria, paciência e competência profissional.

Agradeço a Professora Luciane Loures dos Santos, minha coorientadora, a qual tenho um carinho especial. Com toda paciência e empolgação me pegou pelas mãos e me ensinou a dar os primeiros passos, orientando-me nos tropeços e vibrando com os meus acertos.

Ao Mestre e doutorando João Paulo de Sousa Lima, que me oportunizou o uso os dados que deram os resultados desse estudo, e me apoiou nas inúmeras dúvidas que lhe confiei.

Aos meus chefes imediatos na minha função de enfermeira da saúde da família nesse período (Professor Dr. João Mazzoncini de Azevedo Marques, Professor Dr. Anderson Soares) que sempre me apoiaram a conciliar o mestrado com o trabalho, dando-me essa oportunidade e facilitando a minha caminhada até aqui.

Às equipes de saúde da família da USF Paulo Gomes Romeo e do Núcleo de Saúde da Família II que apesar de minhas ausências para cursar as disciplinas sempre me apoiaram para realizar esse sonho.

Aos cartórios de Ribeirão Preto que oportunizaram a coleta de dados, e as pessoas que foram a óbito, espero que de alguma forma possamos estabelecer e colocar em prática políticas de saúde para que mortes prematuras como essas sejam evitadas.

A Lóris, minha filha de quatro patas, que ficou do meu lado em todos os momentos de trabalho em frente a tela do computador e se comportou direitinho.

Aos meus amigos e amigas que estimularam com palavras e que apesar dos convites para sair que eu recusei ainda continuaram me chamando sempre.

E a todos e todas que de alguma forma envolveram-se comigo nessa trajetória, sendo por meio de um bate papo ou ouvindo um desabafo.

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001”.

## **Epígrafe**

"Ci sono libri che, anziché leggerli, bisogna rileggerli: sono i libri che, leggendoli, ti lasciano come la prima volta, e poi ti prendono per mano e ti portano a scoprire cose che non avevi capito."

Italo Calvino, *Lezioni americane. Sei proposte per il prossimo millennio*.

"Aí estão livros que, em vez de lê-los, é preciso relê-los: são os livros que, ao lê-los, te deixam como na primeira vez, e depois te tomam pela mão e te levam a descobrir coisas que você não havia entendido."

Italo Calvino, *As Lições Americanas: Seis Propostas para o Próximo Milênio*.

## RESUMO

ROSA, A.P. **Mortalidade de pessoas de 15 a 49 anos: descrição e análise de gênero.** Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

A compreensão das estatísticas de mortalidade de uma população é essencial para a quantificação de variáveis epidemiológicas. Tais variáveis tem por objetivo prover dados necessários para diagnóstico situacional, planejamento, avaliação e monitoramento das ações dos serviços de saúde, além de possibilitar a descrição da história das doenças e identificar fatores determinantes do desenvolvimento dessas. Por ser multifatorial, o processo saúde-doença e morte não pode ser explicado somente pelas causas biomédicas de morte presentes nas declarações de óbito, mas também pelos determinantes sociais de saúde que estão envolvidos nesse processo. A mortalidade de mulheres em idade fértil (15 a 49) além de incorporar as mortes por causas relacionadas a gravidez, parto e puerpério, engloba também óbitos por causas externas, doenças crônicas e infecciosas. O presente estudo teve por objetivo caracterizar o perfil das pessoas falecidas de 15 a 49 anos de idade no município de Ribeirão Preto no ano de 2019 e analisar e comparar as mortes de mulheres em idade fértil em relação aos homens na mesma faixa etária por meio de análise de gênero. Trata-se de um estudo observacional, de modelo de corte transversal, que analisou todas as declarações de óbitos de pessoas residentes no município de Ribeirão Preto no ano de 2019. Para o período estudado foram encontrados 441 óbitos de pessoas entre 15 e 49 anos, sendo 303 masculinos e 138 femininos. A maioria destes óbitos ocorreu entre pessoas de pele branca (72,3%), não casadas (77,1%), residentes da zona norte da cidade (42,9%), com registro do óbito nos serviços de saúde (69,8%). Para as mulheres as principais causas de morte foram neoplasias (23,9%), doenças do aparelho circulatório (21,7%) e doenças do aparelho respiratório (13%). Em relação às mortes femininas diretamente relacionadas ao gênero, foi observado um feminicídio e uma morte materna em 2019. Para os homens foram observadas mortes por causas externas (35%), doenças do aparelho circulatório (13,9%) e neoplasias (13,5%). A população masculina apresentou maior perda de anos potenciais de vida nessa faixa etária. O padrão de mortalidade masculina encontrado é semelhante de outros locais do globo, onde as mortes de homens por causas externas chamam a atenção nessa faixa etária. Fatores biológicos e determinantes sociais buscam explicar diferenças de mortalidade por gênero, enaltecendo a necessidade de mudanças de modelos culturais relacionados ao gênero na sociedade.

**Palavras-chave:** Saúde da Mulher, Mortalidade, Estudos de Gênero, Epidemiologia.

## ABSTRACT

ROSA, A.P. **Mortality of people from 15 to 49 years: description and gender analysis.** Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023

Understanding the mortality statistics of a population is essential for quantifying epidemiological variables. Such variables aim to provide necessary data for situational diagnosis, planning, evaluation and monitoring of health service actions, in addition to enabling the description of the history of diseases and identifying factors that determine their development. As it is multifactorial, the health-disease and death process cannot be explained only by the biomedical causes of death present in the death certificates, but also by the social determinants of health that are involved in this process. The mortality of women of childbearing age (15 to 49) in addition to incorporating deaths from causes related to pregnancy, childbirth and the puerperium, also includes deaths from external causes, chronic and infectious diseases. The present study aimed to characterize the profile of deceased people aged 15 to 49 years in the city of Ribeirão Preto in 2019 and to analyze and compare the deaths of women of childbearing age in relation to men in the same age group through analysis of gender. This is an observational study, with a cross-sectional model, which analyzed all the death certificates of people residing in the municipality of Ribeirão Preto in 2019. For the period studied, 441 deaths of people between 15 and 49 years old were found, being 303 male and 138 female. Most of these deaths occurred among white-skinned people (72.3%), unmarried (77.1%), residents of the north zone of the city (42.9%), with death registered in health services (69, 8). For women, the main causes of death were neoplasms (23.9%), diseases of the circulatory system (21.7%), and diseases of the respiratory system (13%). Regarding female deaths directly related to gender, one femicide and one maternal death were observed in 2019. For men, deaths from external causes (35%), diseases of the circulatory system (13.9%) and neoplasms (13.9%) were observed. 5%). The male population had a greater loss of potential years of life in this age group. The pattern of male mortality found is similar to that of other parts of the world, where male deaths from external causes draw attention in this age group. Biological factors and social determinants seek to explain differences in mortality by gender, highlighting the need to change cultural models related to gender in Society.

**Keywords:** Women's Health, Mortality, Gender Studies, Epidemiology.



## Lista de figuras

Figura 1- Modelo de Declaração de óbito-----	16
Figura 2- Cálculo do coeficiente de mortalidade de pessoas em idade fértil---	18
Figura 3-Modelo de Determinantes Sociais de Saúde-----	20
Figura 4- Modelo Eco social-----	21
Figura 5- Fluxo de Análise dos Dados -----	34
Figura 6- Distribuição de mortes por idade e sexo -----	35

## Lista de Tabelas

Tabela 1: Características dos óbitos de pessoas de 15 a 49 anos em Ribeirão Preto em 2019-----	36
Tabela 2- Características das pessoas de 15 a 49 anos falecidas em Ribeirão Preto, em 2019, por sexo e local de residência-----	38
Tabela 3- Distribuição das causas de morte de pessoas de 15-49 anos, por capítulo da CID 10 e sexo, em Ribeirão Preto, 2019-----	39
Tabela 4- Fatores associados com a mortalidade por causas não naturais de pessoas de 15 a 49 anos em Ribeirão Preto em 2019-----	41
Tabela 5- Distribuição das causas de morte por causas externas de pessoas de 15-49 anos por sexo em Ribeirão Preto, 2019 -----	42
Tabela 6-. Características da idade média na morte pessoas de Ribeirão Preto em 2019-----	43

## **Lista de abreviaturas e siglas**

CID	Classificação Internacional das Doenças
CMG	Coefficiente de mortalidade geral
CNDSS	Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DO	Declaração de óbito
DRS	Departamentos regionais de saúde
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
RR	Risco relativo
SALURBAL	Salud Urbana en America Latina
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SIM	Sistema de Informação em Mortalidade

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>1.1 Epidemiologia</b> .....	<b>13</b>
<b>1.3 Determinantes Sociais da Saúde e Mortalidade</b> .....	<b>16</b>
<b>1.4 Mortalidade por sexo e gênero</b> .....	<b>21</b>
<b>1.5 Gênero como categoria de análise</b> .....	<b>24</b>
<b>1.6 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável</b> .....	<b>26</b>
<b>1.7 Justificativa</b> .....	<b>27</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>29</b>
<b>3 MÉTODOS</b> .....	<b>30</b>
<b>3.1 Tipo de Estudo</b> .....	<b>30</b>
<b>3.2 Local de Estudo</b> .....	<b>30</b>
<b>3.3 População</b> .....	<b>31</b>
<b>3.4. Declaração e Certidão de óbito</b> .....	<b>31</b>
<b>3.5 Variáveis coletadas</b> .....	<b>32</b>
<b>3.6 Análises Estatísticas</b> .....	<b>32</b>
<b>3.7. Aspectos Éticos</b> .....	<b>33</b>
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>34</b>
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	<b>44</b>
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>52</b>
<b>APÊNDICE A</b> .....	<b>58</b>
<b>ANEXO A</b> .....	<b>62</b>
<b>ANEXO B</b> .....	<b>63</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Epidemiologia

Em 15 de novembro de 2022, a população global atingiu 8 bilhões de pessoas. Estima-se que 49,7% dessa população (3,98 bilhões) são mulheres e 50,3 % (4,02 bilhões) são homens.

A população feminina é maior que a masculina nos continentes africano, europeu e nas Américas (NAÇÕES UNIDAS, 2022). Do mesmo modo, no Brasil, segundo as estimativas do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) para 2021, enquanto os homens apresentavam uma população com um pouco mais de 104 milhões, as mulheres mais de 109 milhões (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2022).

Neste sentido, no estado de São Paulo (SP), a população feminina também se sobressai em relação à população masculina, sendo quase 1 milhão de mulheres a mais que homens para o ano de 2021. Tal projeção para 2030, sugere que a população feminina tende a crescer no estado de SP ultrapassando a masculina em mais de 1 milhão de pessoas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2022).

No município de Ribeirão Preto – São Paulo, local de realização desse estudo, segundo estimativas do IBGE, a população feminina em 2015 era de 342.074 pessoas e a população masculina de 324.250 pessoas. Sendo a população feminina maior que a masculina em 17.824(5,5%) pessoas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2022).

Estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU) sugerem que 16 milhões de mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) morreram em todo mundo entre os anos 2015 a 2020. Essas mortes correspondem a 11,8% do total de mortes femininas nesse período no mundo. Em relação a população masculina, para o mesmo período e faixa etária, morreram 24,7 milhões de homens, que correspondem a 16,1% do total de mortes masculinas ocorridas no período. Os dados demonstram que a faixa etária com a maior parte dos óbitos foi de 45 a 49 anos, assim como um aumento progressivo do número de mortes com as idades próximas aos 49 anos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2022).

Os continentes com maior número de mortes de mulheres em idade fértil para o mesmo período, foram, em ordem decrescente, o continente asiático, seguido pelo continente africano, a Europa, América Latina, América do Norte e Oceania. O número de mortes de mulheres em idade fértil é diretamente proporcional à população feminina dos continentes.

No Brasil, em 2019, segundo dados do DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde), faleceram 603.725 mil mulheres, sendo que 10,3% delas (62.554) estavam nas faixas etárias compreendidas como idade fértil. Dessas, houve um domínio do número de óbitos entre as idades de 40 a 49 anos, totalizando 31.624 óbitos (49% dos óbitos de mulheres em idade fértil para o período) (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2019).

Em relação à população masculina brasileira de 15 a 49 anos para o ano de 2019 os números são maiores: vieram a óbito 745.519 mil homens, sendo que 20,3% estavam na faixa etária de 15 a 49 anos, quase o dobro proporcional às mulheres. A faixa etária com maior número de óbitos compreendida dentro dos 15 a 49 anos, também foi de 40 a 49 anos, correspondendo a 57.306 mortes, ou seja, 37,1% dos óbitos (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2019).

Vale a pena destacar que no Brasil alguns autores usam como referência de idade fértil para as mulheres a faixa etária de 10 a 49 anos. Nesse estudo usaremos o referencial internacional que considera a idade fértil de mulheres a faixa etária de 15 a 49 anos.

## **1.2 Estudos de Mortalidade**

A compreensão das estatísticas de mortalidade de uma população é essencial para a quantificação de variáveis epidemiológicas. Tais variáveis tem por objetivo prover dados necessários para diagnóstico situacional, planejamento, avaliação e monitoramento das ações dos serviços de saúde, além de possibilitar a descrição da história das doenças e identificar fatores determinantes do desenvolvimento dessas.

Os estudos de mortalidade tiveram seus primórdios no ano de 1662, em Londres, por meio do pesquisador John Graunt, que analisava as tabelas mortuárias das casas

paroquiais e conseguiu extrair dados de mortalidade e de morbidade da época. John Graunt trabalhava como camiseiro em uma loja de Londres e se interessou em analisar os dados de mortalidade da cidade, como as causas de morte, idade e sazonalidade dos óbitos. Devido a esse trabalho pioneiro para a época, John Graunt foi denominado como o “pai da estatística” e muito do seu trabalho é aplicável até a atualidade (BUCHALA, LAURENTI, 1999).

Em 1837, a Lei do Registo foi aprovada na Inglaterra com disposições para a investigação das causas de morte na população. Em 1839, William Farr foi nomeado compilador de resumos no gabinete do Escrivão Geral, e ele desenvolveu e analisou estatísticas de mortalidade para delinear as estatísticas sanitárias e sanitárias. Quando a enfermeira Florence Nightingale regressou a Inglaterra depois da Guerra da Crimeia, por volta de 1856, ela trouxe a necessidade e a importância de serem usadas estatísticas de morbidade e mortalidades hospitalares nas forças armadas, e para realizar esse estudo ela alistou Willian Farr para trabalhar sobre os aspectos técnicos destes problemas (CENTER DISEASE CONTROL, 2011).

Um século depois, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1957, por meio do informe técnico 137, ressaltou a necessidade de construção de indicadores, preferencialmente que fossem de manejo e entendimento fácil, uniformidade, sinteticidade, e que abrangessem fatores que influenciam o estado da saúde das populações, permitindo comparações internacionais e inter-regionais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1957).

No Brasil, no ano de 1975, foi criado o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, que fornece os dados de mortalidade do país, dos estados e dos municípios. Os dados são fornecidos também por causa básica do óbito, sexo, idade e pelas seções da Classificação Internacional das Doenças (BRASIL, 2001).

Os dados que nutrem o sistema de informação de mortalidade, são provenientes das declarações de óbito (DOs). No Brasil, em 1976, o Ministério da Saúde implementou um modelo único para todas as declarações de óbito em território nacional (ANEXO A) (BRASIL, 2022).

Todas as DOs são, obrigatoriamente, registradas nos cartórios civis dos municípios sedes dos óbitos quando são emitidas as Certidões de Óbitos, obrigatórias para os

sepultamentos. Tais registros permitem que o SIM capte essas informações e consiga apresentar uma das mais abrangentes coberturas entre os sistemas de informação.

Após extraídos os dados das declarações de óbito, calcula-se os indicadores de mortalidade, a exemplo: coeficiente de mortalidade geral, coeficiente de mortalidade infantil, coeficiente de mortalidade perinatal, coeficiente de mortalidade de mulheres em idade fértil, entre outros.

O coeficiente de mortalidade geral (CMG) se refere a toda a população, ele é calculado dividindo-se o número de óbitos de todas as causas em um determinado período pela população ajustada para o período e em determinado local.

Em relação ao cálculo do coeficiente de mortalidade de mulheres em idade fértil e homens para a mesma faixa etária é realizado dividindo o número de mulheres ou homens de 15 a 49 anos que vieram a óbito em determinado local e período pela população total de mulheres ou homens no mesmo local e período. Conforme ilustra o esquema abaixo:

Figura 1- Cálculo do coeficiente de mortalidade de pessoas em idade fértil.

$$\frac{\text{Óbitos totais de mulheres ou homens de 15 a 49 anos em local/período}}{\text{População de mulheres ou homens de 15 a 49 anos em local/período}}$$

Ressalta-se que de acordo com a portaria nº 1199 de 05 de junho de 2008, a investigação de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil é obrigatória, visando entender e intervir sob os fatores determinantes e condicionantes dessas mortes, a fim de evitá-las (BRASIL, 2008).

### **1.3 Determinantes Sociais da Saúde e Mortalidade**

A morte é um evento único na vida das pessoas, porém não é isolado. O processo de morrer acontece desde o nascimento e é multifatorial. Por essa razão, o processo saúde-doença de um indivíduo não pode ser explicado somente pelas causas de morte presentes nas declarações de óbito. Para além das causas biomédicas, o processo de saúde-doença



está intimamente relacionado com os determinantes sociais da saúde (DSS). Segundo a Organização Mundial da Saúde, os DSS são os modos e circunstâncias nos quais as pessoas nascem, se desenvolvem, vivem e envelhecem (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE,2008).

Fatores como políticas públicas incipientes, iniquidades na distribuição de renda, trabalho e lazer e acesso a serviços de saúde, são condições que corroboram para moldar os DSS das populações (ISLAM, 2019).

Segundo o modelo clássico de determinação social da saúde de Dahlgreen e Whitehead de 1991 (Figura 3), as iniquidades em saúde acontecem em diferentes condições, sendo elas: biológicas, sociais, ambientais, culturais, econômicas e políticas. Tal modelo explica como as relações entre os diferentes níveis desde o individual até o socioambiental produzem desigualdades que afetam a saúde das pessoas. Destacando que quanto menor o nível de determinação maior a influência direta na saúde dos indivíduos, porém macro determinantes influenciam micro determinantes afetando a saúde das comunidades e dos indivíduos.

No primeiro nível o modelo coloca as características individuais que afetam a saúde, como a idade, as doenças inatas e o sexo biológico. No próximo nível destaca o estilo de vida, incluindo sedentarismo e a qualidade da alimentação. Em terceiro encontram-se as redes sociais de apoio, e como elas influenciam no processo saúde doença. No quarto nível outros determinantes são incluídos como as condições de vida como a habitação, acesso à educação, saúde, água e alimentos, e as relacionadas ao trabalho. E por último, sugere-se as condições ambientais, como o aumento dos gases de efeito estufa, as chuvas, a estiagem, as mudanças climáticas desfavoráveis, e ademais as questões políticas e econômicas do país, como a globalização, a política partidária e as políticas públicas que afetam a saúde dos indivíduos (DAHLGREEN;WHITEHEAD,1991).

Figura 2- Modelo de determinantes sociais da saúde.



Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991)

O modelo de Dahlgren e Whitehead adotado pela Comissão Nacional dos Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS) é o mais utilizado na prática de ensino e pesquisa da área da saúde e da sociologia, mas há outros modelos que também procuram demonstrar a determinação social da saúde inclusive de formas mais abrangentes, contemplando as questões de gênero na determinação social.

O modelo eco social (reproduzido de SOUZA, SANTOS, RODRIGUES, 2020) é estruturado em três níveis que serão descritos a seguir.

Inicia-se nos superdeterminantes que estão relacionados a espécie humana e as características da biosfera.

Em segundo nível encontram-se os determinantes primários com destaque para gênero, etnia, educação, emprego, renda e alimentação. No terceiro nível os determinantes intermediários que possuem papel de modificador sobre os outros determinantes, a exemplo do sistema de saúde e outros equipamentos sociais, os fatores individuais como a idade, sexo, fatores genéticos, organização familiar e da sociedade, rede de apoio e o estilo de vida (SOUZA, SANTOS, RODRIGUES, 2020).

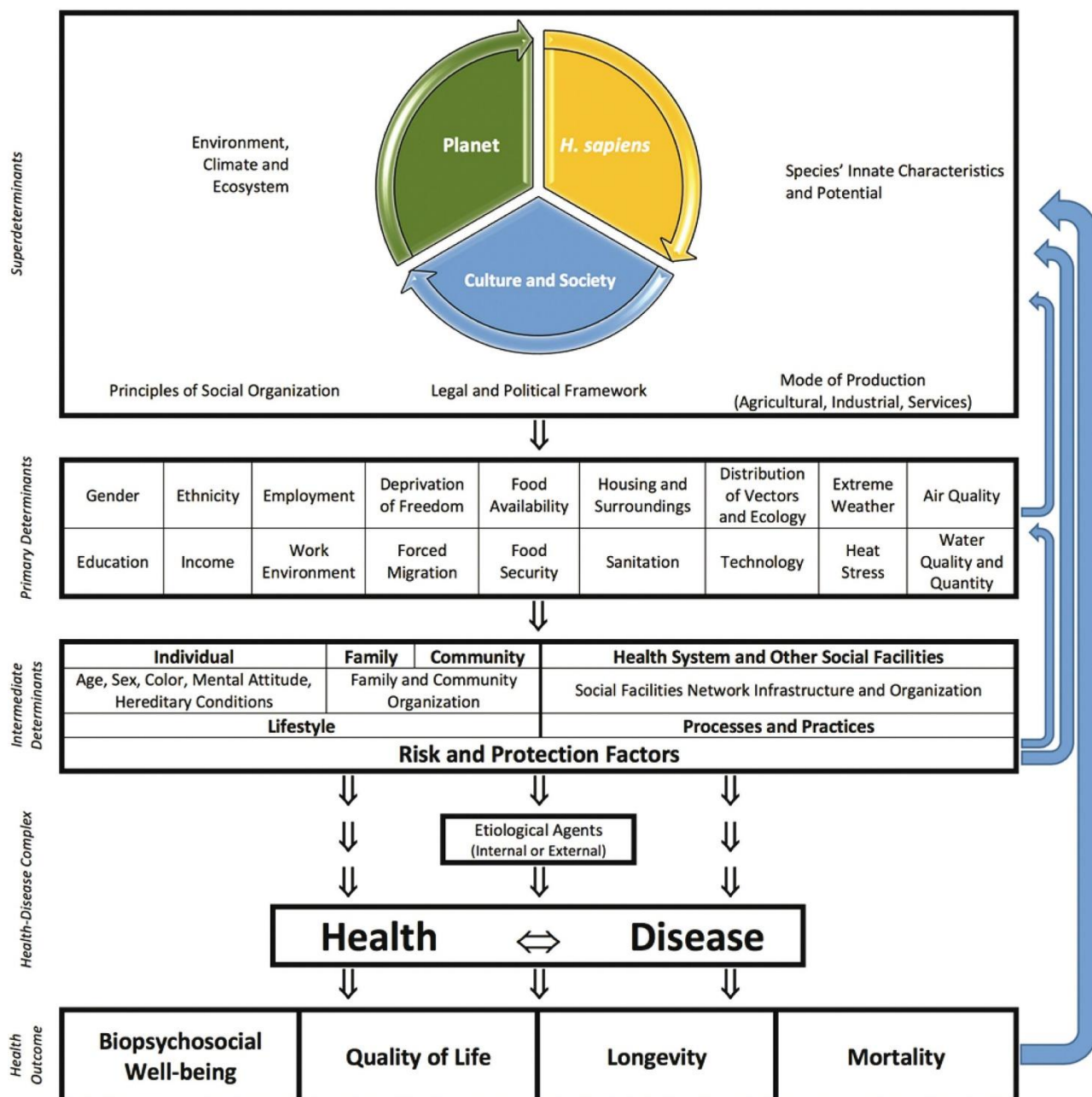
O modelo eco social é um desdobramento do conceito de *embodiment* ou “corporização”, que seria o processo por meio do qual as forças sociais e o contexto se materializam em doenças, cicatrizes e sofrimento no corpo das pessoas (KRIEGER,2005).

Modelos como este, sugerem que se deve considerar condições que vão além das características biológicas inatas da espécie humana, e considerar também a sociedade, cultura e o meio ambiente em que vivem (SOUZA, SANTOS, RODRIGUES, 2020), (LAURENTI, 2000).

Para finalizar, os autores sugerem que o processo é interligado e que os resultados de bem-estar biopsicossocial, longevidade, qualidade de vida e mortalidade, estão relacionados com os macros determinantes do processo saúde e doença, criando assim uma cascata de causa e efeito.

A Figura 3 constitui uma representação do processo saúde-doença de acordo com o modelo eco-social (reproduzido de SOUZA, SANTOS, RODRIGUES, 2020). Nessa representação, há diferentes níveis de determinantes que contribuem no processo saúde doença.

Figura 3. Processo Saúde Doença (modelo eco-social).



Fonte: Souza, Santos e Rodrigues, 2020.

#### 1.4 Mortalidade por sexo e gênero

A expectativa de vida ao nascer sofreu influências durante a pandemia de Covid 19. No Brasil, por exemplo, ela diminuiu 1,94 anos, valor que não era visto no país desde 2013 (CASTRO,2021).

Entretanto, antes de passar pela crise impulsionada pelo Covid 19, a expectativa de vida do brasileiro vinha aumentando com o passar dos anos, de 1940 até 2018 aumentou 30,8 anos. O IBGE divulgou que em 2019, a expectativa de vida no Brasil era de 76,6 anos, sendo 80,1 para as mulheres e 73,1 para os homens (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020).

A diferença de expectativa de vida por sexo, é um fenômeno que não ocorre apenas no Brasil. Um estudo do Projeto Saúde Urbana na América Latina (SALURBAL) verificou a esperança de vida ao nascer em 363 cidades da América Latina e Caribe, no qual incluiu os países: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, México, Panamá, Peru e El Salvador, e encontrou resultados parecidos. Para os países mencionados, nos períodos de 2012 a 2016, a expectativa de vida ao nascer das mulheres foi também superior à dos homens. (BILAU,2021).

Tal pesquisa encontrou como valores médios mais baixos para expectativa de vida das mulheres 74,4 anos (73,7 a 74,9) e 63,5 anos (61,7 a 65,2) para os homens. Enquanto os valores médios mais altos foram 82,7 anos (81,7 a 83,4) na população feminina e 77,4 (75,3 a 78,9) na masculina, sendo todos calculados com intervalo de confiança de 95%. (BILAU,2021).

Estudos indicam que a população feminina possui expectativa de vida superior à masculina, com menor proporção de óbitos em relação aos homens em quase todas as faixas etárias. Ademais, quando se trata de causas de morte evitáveis, os homens possuem os maiores os percentuais (SOUZA; SIVIERO, 2020) (ANDRADE-BARBOSA et al, 2013).

A mortalidade em relação ao sexo tem sido alvo de vários estudos que procuram discutir determinantes biológicos e sociais como forma de explicar tal fenômeno. O modo de morrer da população feminina demonstrado pelas causas de morte, idade e localização geográfica, se explica para além dos fatores biológicos. A morte nessas mulheres é

multicausal, morrem por questões raciais, maternas e de doenças, mas principalmente, morrem pelo simples fato de serem do sexo feminino (MARTIN, 2016) (GUNDY, 2009).

Uma vertente biológica sugere que o sexo masculino é adversamente afetado pelo desbalanço de alelos entre os cromossomos X e Y, contribuindo para o surgimento de doenças e o encurtamento de sua expectativa de vida. A lógica dessa hipótese é por ter dois cromossomos X, os efeitos deletérios ligados ao sexo podem ser mascarados por alelos normais no outro cromossomo X, já os machos não possuem outro cromossomo para compensar o alelo “ruim” (AUSTAD; BARTKE, 2015), (AUSTAD; FISHER, 2019).

Além das diferenças hormonais pós nascimento, fetos masculinos recebem grandes quantidades de testosterona intraútero no momento da diferenciação sexual, enquanto as mulheres recebem efeitos antioxidantes e anti-inflamatórios do estrógeno. (BENEDUSI ET AL., 2012; VILLA ET AL., 2015). Mas vale ressaltar que na literatura, não há consenso sobre os efeitos deletérios da testosterona, principalmente no sistema cardiovascular, sendo que alguns autores informam inclusive efeitos protetores (SÁ ET AL, 2009).

Outra suposição biológica relata que foram encontrados maiores danos oxidativos no DNA de leucócitos de sangue de homens quando comparado com as mulheres, o que pode ser sugestivo de mortalidade precoce masculina, uma vez que tanto o dano oxidativo, quanto a baixa inflamação crônica implicam para o envelhecimento (PROTEGGENTE et al, 2002).

Outro fenômeno somente estudado em humanos até o momento é o “Paradoxo de Morbidade e Mortalidade segundo sexo”. Ainda que as mulheres adoeçam com maior frequência e busquem mais os serviços de saúde, sua mortalidade comparada a faixa etária masculina é proporcionalmente menor, ou seja, parece haver maior morbidade e menor mortalidade. As mulheres sofrem mais com dores crônicas, principalmente por doenças do tecido conjuntivo e ósseos, que são sensíveis aos hormônios femininos, o que fazem elas procurarem o serviço de saúde com maior frequência. (KARASIK; FERRARI, 2008) (ROMANBLAS et al., 2009).

Apesar de existirem causas biológicas que procuram explicar essa diferença de mortalidade, elas não estabelecem o processo por si só e existem controvérsias na literatura sobre os determinantes biológicos. Pelo fato de ser uma análise multifatorial dessa

diferença de expectativa de vida por sexo, o lugar de destaque para explicação pertence aos determinantes sociais.

Os determinantes sociais da saúde, são essenciais para justificar a diferença de expectativa de vida por sexo e por questões de gênero. Destaca-se que sexo está relacionado ao sexo do indivíduo no nascimento (o fenótipo), enquanto gênero é a construção social do que é ser homem ou mulher, a forma como as pessoas se apresentam na sociedade, de acordo com os costumes, a cultura, suas interações e relações, funções, responsabilidades, expressão de sentimentos e comportamentos esperados e construídos (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAUDE, 2018).

Diante da diferença semântica entre e sexo e gênero surge mais um questionamento para a análise de fatores relacionados ao gênero na população desse estudo. Os dados coletados das declarações de óbito são estritamente sobre o sexo biológico, sem considerar o gênero, o que poderia dificultar a discussão de gênero.

Após revisão da literatura sobre o tema para embasar a discussão e a utilização da variável sexo para discutir as questões de gênero sugere-se que:

“A variável sexo, entretanto, não dá conta das questões de gênero, pois um dos aspectos mais salientes dessas relações é a assimetria de poder que se estabelece entre homens e mulheres na maioria das sociedades e praticamente em todos os âmbitos da vida social. Por isso, a abordagem de gênero em seus aspectos mais complexos está presente principalmente em pesquisas com abordagens qualitativas. Porém, as diferenças observadas na distribuição do estado de saúde, das doenças e outros agravos à saúde e as desigualdades no acesso e uso de serviços de saúde podem indiretamente apontar as consequências dessas relações assimétricas de poder, permitindo o desvelamento das questões de gênero ainda que a variável de classificação utilizada seja sexo” (BARATA,2009, p.75).

Os comportamentos derivados do gênero corroboram na determinação da saúde, adoecimento e morte. Os homens partem de um modelo que predomina obrigações de provedor e ordenador principal dos lares, responsável por decisões precisas e racionais, trabalhador ativo e competitivo, capaz de desenvolver trabalho pesado que necessita de força física e que principalmente exerce o poder sobre a mulher (KORIN,2001).

É comum na formação sociocultural dos meninos que comportamentos de carinho, demonstração de sentimentos, cuidado e fragilidade pertençam às mulheres e não aos

homens. Como consequência, há uma repressão dos sentimentos, adoção de uma posição impositiva, o que no futuro pode gerar homens com atitudes violentas e intempestivas. Tais atitudes colaboram para que os homens sejam em grande parte os mais envolvidos em acidentes (trânsito, trabalho, doméstico) e discussões que levam a violências físicas, o que pode culminar na morte prematura e evitável da população masculina (OLIVEIRA,2016).

Além desses fatores de risco para a vida da população masculina, sabe-se que maior parte dos usuários de serviços de saúde são compostos por mulheres, enquanto os homens são a minoria, e em muitas vezes, relacionam a ida ao serviço apenas quando possuem queixas, ou para prevenção isolada do câncer de próstata, além de que a frequência deles é tida como maior em serviços secundários e terciários em detrimento da atenção primária em saúde (PILGER, MENON, MATHIAS, 2012; BIBIANO et al, 2019).

Carecendo os homens de serviços de prevenção, e com presença de fatores de risco para doenças crônicas, como as doenças cardiovasculares, tabagismo, uso de álcool e drogas, obesidade, sedentarismo, vê-se a necessidade de que os profissionais da saúde compreendam o processo social e façam uma abordagem ampla e integral da saúde do homem, procurando entender o que leva essa população a ter hábitos de vida e rotinas que não promovem saúde e causam doenças.

Nesse contexto, há que se considerar os princípios do patriarcado. Trata-se de um sistema sociopolítico e cultural, que estabelece superioridade hierárquica dos homens sobre as mulheres (HOOKS,2009). Esse modelo de hegemonia masculina é também caracterizado pela supremacia branca e outros arranjos que favoreçam a conservação do controle dos recursos financeiros com os homens (particularmente, o capitalismo e o imperialismo). Presente desde os primórdios da civilização, o patriarcado estabelece a dominação dos homens sobre as mulheres, causando nelas submissão, sofrimentos e humilhações (SAFFIOTI, 2004).

### **1.5 Gênero como categoria de análise**

O termo gênero começou ser utilizado pelo movimento feminista no século passado com o principal propósito de discutir sobre as relações sociais entre as pessoas de sexo



masculino e feminino. Tal movimento foi de grande importância para conquista de direitos das mulheres e para problematizar muitos aspectos relacionados aos comportamentos e relações de mulheres e homens. Porém, sabe-se que grande parte das vezes os estudos de gênero foram voltados ao universo das mulheres, relacionando o termo gênero ao sexo feminino, principalmente (GOMES,2003).

Por mais que a intenção das discussões e dos sistemas de gênero possuam um caráter equitativo, ainda muitas vezes há a tendência de valorizar o que é masculino em detrimento do que é relacionado ao feminino. E em casos de disforia de gênero (quando uma pessoa se identifica como pertencente a um gênero diferente do sexo dado ao nascer), uma parcela da sociedade ainda trata essa população de forma diferente, desfavorecendo-a e discriminando-a, além de existir forte pressão para que essas pessoas se conformem ao modelo esperado de identidade de gênero (BUTLER,2003).

A interferência do gênero na saúde é algo que já é estudado de longa data. Em 2007 a OMS, por meio do relatório final sobre Determinantes Sociais em Saúde, destacou a importância de considerar as desigualdades de gênero para a saúde das pessoas, e demonstrou através de evidências que a desigualdade de gênero desfavorece na maior parte as mulheres e meninas do que os homens e meninos, além de prejudicar os resultados de saúde das pessoas transexuais e intersexuais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE, 2007).

Neste sentido, o viés de gênero pode influenciar a assistência de usuários em serviços da rede de atenção à saúde. Um estudo realizado em um centro de cardiologia na Suécia encontrou que, apesar das mulheres comparecerem mais aos serviços, são menos examinadas, acompanhadas e seguidas em comparação aos homens, com a mesma situação clínica (ALABAS, 2017).

A saúde entendida como bem-estar físico, psicológico e social, pode ser prejudicada por vários fatores, e um deles é a relação de gênero. Quando essas relações são desiguais, a saúde tanto de mulheres quanto de homens é afetada de forma negativa.

Determinantes sociais de saúde como o local de residência, a etnia, a faixa etária, e a situação socioeconômica, quando associados a desigualdade de gênero, podem corroborar para a discriminação, falta de acesso a serviços públicos de saúde, assistência social, trabalho e lazer. Quando se trata de grupos marginalizados, de baixa situação

socioeconômica e pessoas não cisgêneros, essa inequidade pode ser potencializada (BASTOS,2018).

Os aspectos que mais são atingidos por tal desigualdade, segundo a OMS são os econômicos como a renda e o crédito, os sociais como as redes sociais e de apoio, os políticos como liderança e participação, os de informação e educação como a alfabetização, os de caráter interno como a autoconfiança e autoestima, e os vinculados ao tempo para acesso aos serviços de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE,2009).

## **1.6 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**

Os objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) propostos pela ONU em 2016 são frutos de um apelo global para que de forma coletiva a população mundial alcance paz, prosperidade, e que seja dissociado o crescimento econômico da pobreza, da desigualdade e das alterações climáticas, que em muito desfavorecem o ser humano.

Com pretensão de atingir essas mudanças em 2030, foram traçados 17 objetivos para os quais os países, estados e cidades devessem desenvolver ações a fim de alcançá-los. Sendo eles: 1) erradicação da pobreza 2) fome zero e agricultura sustentável, 3) saúde e bem estar 4) educação de qualidade 5) igualdade de gênero 6) água potável e saneamento 7) energia limpa e acessível 8) trabalho decente e crescimento econômico, 9) indústria, inovação e infraestrutura 10) redução das desigualdades 11) cidades e comunidades sustentáveis 12) consumo e produção responsáveis 13) ação contra a mudança global do clima 14) vida na água 15) vida terrestre, 16) paz, justiça e instituições eficazes e 17) parcerias e meios de implementação (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS,2015).

Atualmente, segundo a ONU, para atingir esses objetivos em 2022 havia um recurso de 191,3 milhões de dólares, sendo que os maiores investimentos estavam no objetivo 16, com 15,8% do total de investimentos, seguido dos objetivos 2 e 3 com 11,8% dos recursos para cada um deles. Para o ODS 5, igualdade de gênero, segundo a mesma fonte estavam sendo aplicados 4,7% dos recursos.

## 1.7 Justificativa

A mortalidade de pessoas de 15 a 49 anos (idade fértil para as mulheres) é uma modalidade de mortalidade prematura, ou seja, aquela que ocorre antes dos 70 anos, representando, de maneira geral, a mortalidade evitável, associada a grande perda de potencial humano, social e econômico para uma sociedade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011; ORGANIZAÇÃO COOPERAÇÃO DIREITO ECONÔMICO, 2009).

Nesse contexto, análise de mortalidade de pessoas nessa faixa etária é ainda pouco pesquisada na literatura brasileira, sendo uma importante ferramenta para nortear gestores municipais, estaduais e federais na criação de políticas de saúde voltadas a saúde das mulheres em idade reprodutiva.

Os ODS para a agenda de 2030 lançados pela ONU em 2015, incluem entre os 17 objetivos, o desenvolvimento de ações e estudos voltados para a saúde e bem-estar para todos, sendo este o terceiro objetivo, e a igualdade de gênero e empoderamento das mulheres e meninas como quinto objetivo (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015).

Pode-se destacar também que o estudo e a comparação da mortalidade segundo sexo e faixa etária, tem o potencial para gerar discussões e interpretações de gênero, assim como causas e fatores protetores que permeiam a mortalidade daqueles com idade entre 15 e 49 anos. Destarte para a maior mortalidade masculina nesta faixa etária na realidade brasileira (FAUNDES, PARPINELI, CECATTI, 2000).

Ademais, a compreensão da morte e suas variáveis pode trazer subsídios para discutir causas, idade na morte, questões de gênero, raça, fatores econômicos, escolaridade, moradia, local do óbito, acesso aos serviços de saúde, rede social e comunitária, mudanças climáticas e outros determinantes sociais que corroboram para os casos de mortalidade prematura (BASSANESI, AZAMBUJA, ACHUTTI, 2008).

Em relação a mortalidade de mulheres em idade fértil, além de incorporar as mortes por causas maternas e doenças crônicas, engloba também grande parte de óbitos por causas externas, decorrentes de acidentes, violência e suicídios, demonstrando a importância de estudar e entender as mortes de mulheres nessa faixa etária.

Levando em conta os determinantes sociais de saúde relacionados as causas de óbitos de homens e mulheres, essas em idade fértil, e a necessidade de entendê-los para implementar linhas de cuidados para essas pessoas, destacamos a importância de analisar os dados de mortalidade buscando a gênese dos processos macrossociais envolvidos, bem como as possíveis diferenças entre os DSS para os homens e mulheres.

## **2 OBJETIVOS**

Estudar as características das pessoas que vieram a óbito com idade entre 15 e 49 anos no município de Ribeirão Preto/SP no ano de 2019.

Comparar as mortes de mulheres em idade fértil em relação aos homens na mesma faixa etária.

Analisar as mortes segundo a categoria de gênero.

## **3 MÉTODOS**

### **3.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo observacional, transversal, no qual foram identificados e classificados os óbitos de pessoas de 15 a 49 anos de idade, coletados através das declarações de óbito dos cartórios do município de Ribeirão Preto relativos ao ano de 2019.

### **3.2 Local de Estudo**

O município de Ribeirão Preto fica situado no interior do estado de São Paulo, Brasil. Em 2019, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística possuía 703.293 moradores. Pertence ao Departamentos Regionais de Saúde (DRS) XIII, composto por 26 municípios, sendo Ribeirão Preto a sede e a referência em atendimento terciário e quaternário em saúde (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA 2019; SECRETARIA ESTADO DE SÃO PAULO, 2022).

O município de Ribeirão Preto organiza a assistência à saúde em distritos; segundo o censo de 2010 o distrito ou zona central possuía 18.599 habitantes, a zona norte tinha 205.185 pessoas, a sul: 58.363, a leste: 129.934, oeste: 180.780 habitantes e Bomfim Paulista, 11.812 mil habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Para o ano de 2019, para a faixa etária de 15 a 49 anos em Ribeirão Preto havia 183.870 homens e 187.914 mulheres (FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 2019).

### 3.3 População

Foram coletados dados de todas as declarações de óbitos de pessoas residentes no município de Ribeirão Preto/SP no ano de 2019, no período de 01/02/2021 a 31/10/2021.

Utilizamos a classificação de idade fértil das mulheres dos 15 aos 49 anos, seguindo o referencial teórico da Organização Mundial da Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE, 2006).

Para esse estudo foram considerados como sujeitos todas declarações de óbitos de pessoas de ambos os sexos de 15 a 49 anos de idade.

### 3.4. Declaração e Certidão de óbito

Os óbitos no Brasil são atestados por médicos por meio da DO realizada em três vias, e além de suas funções legais tem o objetivo fornecer dados estatísticos de mortalidade (BRASIL, 2009).

Ela é dividida em 9 blocos, cartório, identificação, residência, ocorrência, óbito fetal ou menor de um ano, condições e causas do óbito, médico, causas externas e localidade sem médico (Figura 1). E dentro de cada bloco há um conjunto de lacunas a serem preenchidas (BRASIL, 2022).

No preenchimento das “causas básicas do óbito”, ela é definida como aquela que desencadeou os demais fatores patogênicos que levaram a morte, e na linha “a” é inserido o motivo que levou a pessoa a óbito. Ao lado é preenchido o tempo entre o início da doença e a morte, e o capítulo da CID-10 a qual pertence, para cada linha preenchida (BRASIL, 2022).

Posteriormente ao preenchimento da Declaração de Óbito, o cartório registra e entrega à família uma cópia da Certidão de Óbito, documento menos detalhado que apresenta entre outros dados, cor, sexo, idade, estado civil dados do sepultamento e as causas que levaram a pessoa a óbito. Esse documento é essencial para o Registro Civil e não é substituído pela Declaração de Óbito.

### 3.5 Variáveis coletadas

Por meio das declarações de óbito foram obtidos dados relacionados a pessoa como: nome, naturalidade, sexo, raça/cor, data de nascimento, estado civil, profissão e endereço de residência. Foram colhidos dados relacionados ao óbito, sendo: data do óbito, hora do óbito, causas da morte, local de ocorrência (residência, serviço de saúde, via pública) e se eram ou não morte por causas não naturais, se sim, foi preenchido como causas: suicídio, homicídio, acidente. Tais dados foram analisados e agrupados de acordo com as causas básicas de morte da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (APÊNDICE A).

Importante ressaltar que a variável cor foi registrada de acordo com a percepção do médico que atestou o óbito. Consideramos nesse estudo como não brancos os classificados como pretos e pardos e amarelos e os demais como brancos, uma vez que na amostra houve um óbito de mulher de 43 anos de cor denominada amarela, dois não classificados e nenhum considerado indígena.

Quanto ao estado civil consideramos os casados como aqueles que assim foram declarados no atestado de óbito, e os não casados integramos os solteiros, divorciados, viúvos e separados.

Em relação as causas externas são definidas como óbitos intencionais ou não, provenientes de acidentes domésticos, de trabalho, afogamentos, acidentes de trânsito, homicídios, e as lesões autoprovocadas que culminam em suicídios. Nesse estudo foram classificadas em: acidentes, homicídios, suicídio e outros (APÊNDICE A).

### 3.6 Análises Estatísticas

Foram calculadas frequências simples e proporções. Para a variável idade, foi calculado média, desvio padrão, Intervalo de Confiança de 95% e mediana. Foram realizados testes para avaliar a distribuição da variável idade, dividindo-se os parâmetros de Skewness e Kurtosis pelos seus respectivos erros padrão. Devido a não-normalidade da variável foi realizado teste de Kruskal-Wallis.



Para avaliação de variáveis categóricas associadas a mortalidade não natural, foi usado a razão de chances (*odds ratio*).

Os dados foram digitados no programa REDCAP, e importados para o Excel, e analisados no programa estatístico PSPPIRE.

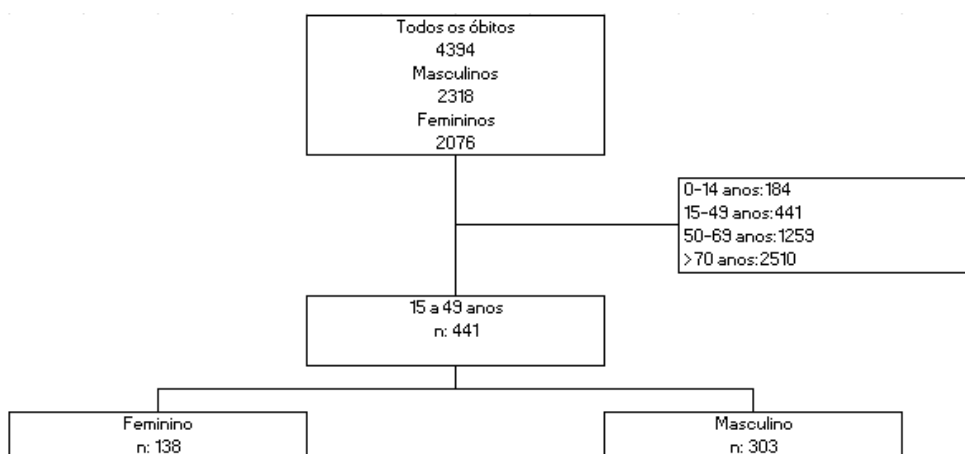
### **3.7. Aspectos Éticos**

Esse estudo faz parte do projeto temático “Espacialização da mortalidade e a relação com a expectativa de vida no município de Ribeirão Preto”. O Projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (Parecer: 4.543.83) (APÊNDICE B). A coleta de dados das declarações de óbito, foram realizadas mediante autorização do juiz corregedor da comarca de Ribeirão Preto.

## 4 RESULTADOS

Em 2019, no município de Ribeirão Preto, ocorreram 4394 óbitos, dos quais 2.318 (52%) foram de pessoas do sexo masculino e 2.076(48%) foram do sexo feminino. A Figura 4 apresenta o fluxo da análise de dados. A população feminina em idade fértil (15 a 49 anos), foi responsável por 138 óbitos (3,1% do total) e a masculina para a mesma faixa etária teve 303 óbitos (6,8% do total).

Figura 4: Fluxo da Análise

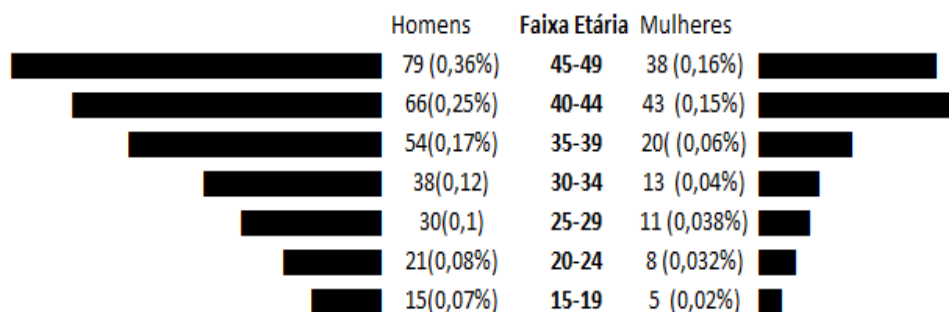


Fonte: elaborado pelos autores.

O coeficiente de mortalidade de mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) para o município de Ribeirão Preto-SP, para o ano de 2019, foi de 0,73 mortes para cada 1000 mulheres. Enquanto para os homens, da mesma faixa etária, o coeficiente foi de 1,64 óbitos para cada 1000 homens.

O número de mortes de homens e mulheres dentro da faixa etária de 15 a 49 anos, aumentou conforme o avançar da idade, para ambos os sexos, demonstrando que a maioria dos óbitos se concentraram na faixa de 40 a 49 anos, conforme mostra a Figura 5. Nessa figura foram calculadas as porcentagens de óbitos em relação a população para cada faixa etária de ambos os sexos, segundo dados do SEADE em 2019 (FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS,2019).

Figura 05. Distribuição de mortes por idade e sexo na população de 15 a 49 anos em Ribeirão Preto, 2019.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Quanto as características dos óbitos, a maioria (72,3%) foi de pessoas de pele branca, não casados (77,1%), residentes da zona norte da cidade (42,9%), com registro do óbito nos serviços de saúde (69,8%). Em relação as causas naturais e não naturais, 73,2% morreram de causas naturais. Dentro das causas não naturais (26,8 %), a maioria foi de acidentes, seguidos por homicídios e suicídios (Tabela 1).

Tabela 1: Características dos óbitos de pessoas de 15 a 49 anos em Ribeirão Preto em 2019.

	Número	%
Todas	441	100,0%
Sexo		
Feminino	138	31,3%
Masculino	303	68,7%
Cor/ Raça		
Branca	319	72,3%
Preta	37	8,3%
Parda	82	18,5%
Amarela	1	0,22%
Indígena	0	0
Não classificado	2	0,45%
Intersecção		
Sexo-Cor		
Feminina-Branca	101	22,9%
Feminina-Não branca	37	8,4%
Masculino-Branco	218	49,4%
Masculino-Não branco	83	18,8%
Estado Civil		
Casado	101	22,9%
Não Casado	340	77,1%
Zona		
Norte	189	42,9%
Leste	77	17,5%
Oeste	123	27,9%
Sul	35	7,9%
Centro	10	2,3%
Bonfim Paulista	7	1,6%
Local do óbito		
Serviço de Saúde	308	69,8%
Via pública	60	13,6%
Domicílio	68	15,4%
Outros	5	1,1%
Morte por causa natural		
Sim	323	73,2%
Não	118	26,8%
Tipo de Morte Não Natural		
Acidente	51	11,6%
Homicídio	32	7,3%
Suicídio	33	7,5%
Outros	2	0,5%

Nota: os 2 óbitos sem classificação de cor eram do sexo masculino.

As mulheres em idade fértil que vieram a óbito eram predominantemente brancas (73,2%), não casadas (76,1%), residentes da zona norte (39,9%) e morreram nos serviços de saúde (85,5%). Os homens, também eram na maioria de pele branca (71,9%), não casados (77,6%), residentes da zona norte (44,2%), e em sua maioria vieram a óbito dentro do serviço de saúde (62,7%) (Tabela 2).

Tabela 2: Características das pessoas de 15 a 49 anos falecidas em Ribeirão Preto, em 2019, por sexo e local de residência

	Geral		Norte		Leste		Oeste		Sul		Centro		Bonfim	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b><u>Sexo Feminino</u></b>														
Cor														
Branca	101	73,2%	34	24,6%	27	19,6%	27	19,6%	10	7,2%	2	1,4%	1	0,7%
Não -Branca	37	26,8%	21	15,2%	4	2,9%	9	6,5%	2	1,4%	1	0,7%	0	0,0%
Total	138	100,0%	55	39,9%	31	22,5%	36	26,1%	12	8,7%	3	2,2%	1	0,7%
Estado Civil														
Casado	33	23,9%	15	10,9%	9	6,5%	6	4,3%	2	1,4%	1	0,7%	0	0,0%
Não Casado	105	76,1%	40	29,0%	22	15,9%	30	21,7%	10	7,2%	2	1,4%	1	0,7%
Total	138	100%	55	39,9%	31	22,5%	36	26,1%	12	8,7%	3	2,2%	1	0,7%
Local do óbito														
Serviço de Saúde	118	85,5%	45	32,6%	25	18,1%	34	24,6%	11	8,0%	2	1,4%	1	0,7%
Via pública	8	5,8%	4	2,9%	2	1,4%	2	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Domicílio	12	8,7%	6	4,3%	4	2,9%	0	0,0%	1	0,7%	1	0,7%	0	0,0%
Outros	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	138	100%	55	40%	31	22%	36	26%	12	9%	3	2%	1	1%
<b><u>Sexo Masculino</u></b>														
Cor														
Branca	218	71,9%	86	28,4%	41	13,5%	60	19,8%	21	6,9%	6	2,0%	4	1,3%
Não-Branca	85	28,1%	48	15,8%	5	1,7%	27	8,9%	2	0,7%	1	0,3%	2	0,7%
Total	303	100%	134	44,2%	46	15,2%	87	28,7%	23	7,6%	7	2,3%	6	2,0%
Estado Civil														
Casado	68	22,4%	28	9,2%	10	3,3%	24	7,9%	4	1,3%	1	0,3%	1	0,3%
Não Casado	235	77,6%	106	35,0%	36	11,9%	63	20,8%	19	6,3%	6	2,0%	5	1,7%
Total	303	100%	134	44,2%	46	15,2%	87	28,7%	23	7,6%	7	2,3%	6	2,0%
Local do óbito														
Serviço de Saúde	190	62,7%	83	27,4%	30	9,9%	57	18,8%	11	3,6%	6	2,0%	3	1,0%
Via pública	52	17,2%	24	7,9%	7	2,3%	13	4,3%	4	1,3%	1	0,3%	3	1,0%
Domicílio	56	18,5%	26	8,6%	8	2,6%	15	5,0%	7	2,3%	0	0,0%	0	0,0%
Outros	5	1,7%	1	0,3%	1	0,3%	2	0,7%	1	0,3%	0	0,0%	0	0,0%
Total	303	100%	134	44,2%	46	15,2%	87	28,7%	23	7,6%	7	2,3%	6	2,0%

As causas dos óbitos, de acordo com os capítulos de CID 10, demonstraram que para as mulheres em idade fértil as principais causas de morte foram neoplasias (23,9%), doenças do aparelho circulatório (21,7%), doenças do aparelho respiratório (13%), e causas maternas (0,2%).

Em 2019, ocorreram dois óbitos por causa materna no município de Ribeirão Preto (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2019),

entretanto apenas um possuía este registro na DO, o outro óbito estava identificado como “causa indeterminada” e foi classificado posteriormente pelo Comitê de Morte Materna do município. Dessa forma o coeficiente de mortalidade materna desse estudo foi de 24,5 para cada 100 mil nascidos vivos, contando com 8153 nascidos vivos de mãe residentes em Ribeirão Preto em 2019.

Das causas externas na população feminina do estudo foi encontrado um caso de feminicídio, e o coeficiente de morte intencional por feminicídio nesse estudo foi de 0,5 a cada 100 mil, considerando a população feminina de 15 a 49 anos em RP em 2019 de 187.914 mi mulheres.

Para os homens da mesma faixa etária as principais causas de óbito foram as causas externas (35%), doenças do aparelho circulatório (13,9%) e as neoplasias (13,5%), conforme mostra a Tabela 3.

Tabela 3: Distribuição das causas de morte de pessoas de 15-49 anos, por capítulo da CID 10 e sexo, em Ribeirão Preto, 2019.

	Todos		Mulheres		Homens	
	n	%	n	%	n	%
I- Algumas doenças infecciosas e parasitárias	21	4,8%	8	5,8%	13	4,3%
II – Neoplasmas	74	16,8%	33	23,9%	41	13,5%
III- Doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos	3	0,7%	3	2,2%	0	0,0%
IV-Doenças endócrinas	8	1,8%	2	1,4%	6	2,0%
V-Transtornos mentais e comportamentais	5	1,1%	0	0,0%	5	1,7%
VI- Doenças do sistema nervoso	4	0,9%	2	1,4%	2	0,7%
VII- Doenças do olho e anexos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
VIII- Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
IX- Doenças do aparelho circulatório	71	16,1%	29	21,0%	42	13,9%
X-Doenças do aparelho respiratório	51	11,6%	18	13,0%	33	10,9%
XI-Doenças do aparelho digestivo	30	6,8%	9	6,5%	21	6,9%
XII-Doenças da pele e do tecido subcutâneo	4	0,9%	3	2,2%	1	0,3%
XIII- Doenças do sistema osteomuscular	1	0,2%	0	0,0%	1	0,3%
XIV-Doenças do aparelho geniturinário	14	3,2%	6	4,3%	8	2,6%
XV-Gravidez, parto e puerpério	1	0,2%	1	0,7%	0	0,0%
XVI-Algumas afecções do período perinatal	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
XVII- Malformações congênitas	1	0,2%	0	0,0%	1	0,3%
XVIII-Sinais /Sintomas anormais de exames clínicos	24	5,4%	7	5,1%	17	5,6%
XIX-Lesões, envenenamento e algumas causas externas	10	2,3%	4	2,9%	6	2,0%
XX-Causas externas de morbidade e mortalidade	119	27,0%	13	9,4%	106	35,0%
XXI-Fatores de influenciaram o estado de saúde	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
*- CID 10 não disponível, não preenchido ou inválido	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Fatores associados a morte por causa externa foram avaliados considerando o risco relativo com intervalo de confiança de 95% (IC95%). Dados com significância estatística foram associadas as mortes por causas externas e sexo masculino e ao estado civil não casado (Tabela 4).



Tabela 4: Fatores associados com a mortalidade por causas não naturais de pessoas de 15 a 49 anos em Ribeirão Preto em 2019

	Mortalidade Não-Natural		Razão de Prevalências	Fração Mortalidade Não-Natural
	Sim	Não	(95% CI)	
Todos	118	323		26,76%
Sexo				
Feminino	13	125	1,00	9,42%
Masculino	105	198	<b>3,68 (2,14 - 6,31)</b>	34,65%
Cor				
Branca	81	238	1,00	25,39%
Preta e outras	37	85	1,19 (0,86 - 1,66)	30,33%
Intersecção Sexo-Cor				
Feminina-Branca	10	91	1,00	9,90%
Feminina-Não Branca	3	34	0,82 (0,24 - 2,81)	8,11%
Masculino-Branco	71	147	<b>3,29 (1,77 - 6,11)</b>	32,57%
Masculino-Não Branco	34	51	<b>4,04 (2,12 - 7,69)</b>	40,00%
Estado Civil				
Casado	17	84	1,00	16,83%
Não Casado	239	101	<b>4,18 (2,69 - 6,48)</b>	<b>70,29%</b>
Intersecção Sexo-Estado Civil				
Feminino-Casado	1	32	1,0	3,03%
Feminino Não Casado	12	93	3,77 (0,51 - 27,93)	11,43%
Masculino Casado	16	52	<b>7,76 (1,08 - 56,07)</b>	23,53%
Masculino Não Casado	89	146	<b>12,50 (1,8 - 86,71)</b>	37,87%
Zona				
Norte	50	139	0,88 (0,33 - 2,34)	26,46%
Leste	19	58	0,82 (0,3 - 2,29)	24,68%
Oeste	30	93	0,81 (0,3 - 2,2)	24,39%
Sul	12	23	1,14 (0,4 - 3,27)	34,29%
Centro	3	7	1,00	30,00%
Bonfim Paulista	4	3	1,43 (0,4 - 5,12)	57,14%

O risco de um homem morrer por causa externa é 3,68 vezes maior que uma mulher (IC95% 2,14 – 6,31). Quando se considera a cor/raça associada ao sexo, tendo população feminina-branca como referência, o risco relativo do homem branco morrer é 3,29 vezes maior (IC95% 1,77 – 6,11) e no caso de homem não branco alcança 4,04 vezes (IC95% 2,12 – 7,69).

Em relação as causas externas, quando separadas por tipo de causa externa e por sexo (Tabela 5), os homens apresentaram maiores números em todas as causas, com destaque para os suicídios com 93,8% de casos em homens. A categoria outros refere-se a casos que o corpo estava em avançado estado de decomposição e não foi possível avaliação da real causa.

Tabela 5: Distribuição das causas de morte por causas externas de pessoas de 15-49 anos por sexo em Ribeirão Preto, 2019.

Sexo	Acidente		Homicídio		Suicídio		Outros		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Feminino	8	61,5%	2	15,4%	3	23,1%	0	0	13	11,1
Masculino	43	40,9%	30	28,6%	30	28,6%	2	1,9	105	88,9
Total	51		32		33		2		118	100

Todas as mortes desse estudo são consideradas prematuras. A idade média na morte encontrada foi de 37,61 anos, com mediana de 40 anos de idade e desvio padrão de 8,9. Para as mulheres a idade média e mediana foi maior que para os homens. A população feminina apresentou menor perda de anos potenciais de vida, conforme mostra a Tabela 6.

Tabela 6: Características da idade média na morte de pessoas de Ribeirão Preto em 2019.

	n	Média	Lim.Inf.IC 95%	Lim.Sup.IC 95%	Desvio Padrão	Mediana	Kruskal Wallis (p)	Perda de Anos Potenciais de Vida
Todas	441	37,61	36,78	38,44	8,90	40	--	32,39
Sexo								
Feminino	138	38,54	37,11	39,97	8,47	41	0,164	31,46
Masculino	303	37,19	36,16	38,22	9,07	39		32,81
Cor								
Branca	319	37,7	36,73	38,67	8,85	40	0,753	32,3
Não Branca	122	37,39	35,77	39,01	9,05	39,5		32,61
Intersecção Sexo-Cor								
Feminina-Branca	101	37,5	35,73	39,27	8,96	40	<b>0,02</b>	32,55
Feminina-Preta	37	41,5	39,5	43,54	6,13	44		28,49
Masculino-Branco	218	37,8	36,6	38,98	8,82	40		32,18
Masculino-Preto	85	35,6	33,54	37,66	9,54	37		34,41
Estado Civil								
Casado	101	41,46	40,23	42,69	6,25	43	<b>&lt;0,000</b>	28,54
Não Casado	340	36,47	35,48	37,46	9,25	38		33,53
Local de moradia								
Norte	189	37,69	36,39	38,99	9,03	40	0,578	32,31
Leste	77	37,65	35,52	39,78	9,40	40		32,35
Oeste	123	37,6	36,03	39,17	8,82	39		32,4
Sul	35	36,00	33,15	38,85	8,29	37		34
Centro	10	41,40	36,35	46,45	7,06	43		28,6
Bonfim Paulista	7	38,14	32,05	44,23	6,59	37		31,86
Morte por causa natural								
Sim	118	39,9	38,52	41,28	7,56	41	<b>&lt;0,000</b>	30,1
Não	323	31,36	30,34	32,38	9,31	30		38,64

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 Morte de mulheres de 15 a 49 anos

Nossos achados apontam que em Ribeirão Preto, a principal causa de morte de mulheres em idade fértil foram as neoplasias, seguidas de doenças cardíacas e respiratórias. Demonstrando que para essa população as causas de morte por doenças crônicas não transmissíveis são as grandes responsáveis pelos óbitos. As três principais causas de óbitos se somadas correspondem a 58,6% dos óbitos femininos.

Esses achados estão alinhados com o conhecimento acumulado na literatura. Estudo realizado em 2018, que analisou mortalidade de mulheres em idade fértil (tal estudo considerou idade fértil de 10 a 49 anos) no Brasil entre 2010 e 2014, encontrou as neoplasias como segunda principal causa de morte nessa população e as doenças cardiovasculares como terceira causa, sendo as duas responsáveis por 40,4% dos óbitos, perdendo para as causas externas que nesse estudo foram as principais (26,7%) (MARTIM,2018).

Outro estudo realizado na cidade de Campinas-SP, que verificou a mortalidade de mulheres em idade fértil entre 1985-1994, encontrou as doenças cardiovasculares como principal causa de óbito, seguida das causas externas e neoplasias. Na população acima de 35 anos para esse estudo prevaleceram as causas cardiovasculares e neoplasias. (FAUNDES, PARPINELI, CECATTI, 2000).

Estudo americano que analisou as mortes de mulheres em idade fértil nos Estados Unidos da América (EUA), de 1999 a 2019, também encontrou neoplasias e doenças cardiovasculares como segunda e terceira causa de morte respectivamente, perdendo apenas para acidentes não intencionais Além de também terem encontrado que a maior parte das mortes de mulheres em idade fértil acontece a partir dos 40 anos de idade, o que se assemelha aos achados desse estudo (GEMMIL et al, 2022).

A morte por doenças cardiovasculares, neoplasias e causas respiratórias são em sua maioria caracterizadas como mortes evitáveis (MALTA,2017). Determinantes sociais de saúde como o acesso aos serviços de saúde para vacinas, exames de rastreamento, orientações de alimentação saudável, bem como os demais fatores econômicos, culturais,

são protagonistas para diagnóstico, tratamento, reabilitação e a cura, quando possível, de tais doenças.

A morte por causas externas, nesse estudo, correspondeu a 9,4% dos óbitos femininos, sendo que um desses óbitos foi configurado como feminicídio. O feminicídio é configurado como o último grau de violência contra a mulher, que culmina com a morte e é responsável em grande parte pelas mortes por causas externas nas mulheres. De acordo com a OMS (2013), uma em cada três mulheres já sofreu violência física ou sexual, sendo a maioria delas dentro dos seus lares e tendo o parceiro íntimo como agressor.

Contudo há uma subnotificação de violência contra a mulher por parte dos serviços de saúde, inclusive daqueles que atuam na Estratégia de Saúde da Família. (SANTOS,2003). Esta realidade pode ser extrapolada para o registro das causas de óbito, que podem ser configurados como causas externas na DO e não terem investigação adequada para configurá-los nas estatísticas de morte relacionadas ao gênero. Ainda assim, o Brasil é um dos países com as maiores taxas de feminicídio do mundo, em 2019, enquanto a média global de feminicídios foi de 0,9 para cada cem mil mulheres, no Brasil a taxa foi de 1,6 mortes para cada cem mil mulheres, quase o dobro da taxa mundial (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2019).

Com relação aos óbitos por causas maternas, a reclassificação pelo CMM também retrata a subnotificação do agravo pelos responsáveis pelo seu preenchimento e destaca a importância da obrigatoriedade legal de investigação dos óbitos maternos por comitês, uma vez que a maior parte das mortes maternas são evitáveis e acontecem em países em desenvolvimento (Souza, 2013). As principais causas de óbito materno na atualidade são secundárias a condições clínicas como a eclampsia e pré-eclâmpsia, hemorragia uterina pós-parto, infecções e aborto ilegal. Para evitá-las são necessárias ações intersetoriais para que todas as mulheres tenham acesso ao pré-natal, ao parto seguro, e assistência no período pós-parto.

## **5.2 Morte de homens de 15 a 49 anos**

Os resultados do presente estudo sugerem também maior mortalidade de pessoas do sexo masculino, em todas as faixas etárias. Nesse grupo, as maiores causas de morte

foram as causas externas (35%), seguidas de doenças do aparelho circulatório e neoplasias, e a população com maiores casos de morte por causas não naturais foram os homens não casados.

Perfil de mortalidade semelhante foi encontrado em um estudo realizado na Escócia, que analisou os óbitos de homens de 15 a 44 anos, no qual a primeira causa de morte foram as causas externas. Dentre essas, a morte por drogas ganhou o primeiro lugar global para esse grupo, e foi também a responsável pela maior causa de morte relacionada a desigualdades sociais (ALLIK et al, 2020).

Segundo dados da OMS no Brasil para o ano de 2019, as principais causas de morte em homens jovens (15 a 44 anos), foram a violência interpessoal, os acidentes de rodovia e os suicídios, todas configuradas como causas externas. Para homens a partir dos 45 anos, destacaram-se as mortes por doenças cardiovasculares como primeira causa, e posteriormente as causas externas, assemelhando-se aos resultados obtidos em Ribeirão Preto-SP para o mesmo período (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE,2019).

Quanto ao estado civil, uma revisão sistemática que analisou 1.888.752 óbitos verificou que pessoas não casadas estão mais propensas a óbitos por todas as causas, câncer, e doenças cardiovasculares (DCV) em ambos os sexos, porém a associação por todas as causas e o estado civil não casado foi mais forte nos homens (WANG et al, 2020). Tal dado vai de encontro com os dados desse estudo, no qual homens não casados constituem a população com maior número de óbitos.

Os homens não brancos foram os que perderam mais anos potenciais de vida nesse estudo, e os que também mais morreram por causas não naturais. No Brasil, país que a cor do indivíduo é autodeclarada, os homens pardos e negros possuem maior taxa de mortalidade que os brancos, em todas as faixas etárias, excetuando-se os menores de um ano, sendo as causas externas uma das principais causas de morte dessa população (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA,2019).

A taxa de homicídios de homens negros no Brasil em 2019 foi de 37,8 por 100 mil habitantes, enquanto a taxa de homicídios de homens brancos foi de 15,7 por 100 mil habitantes (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2019).

Pode-se inferir, portanto, que é de relevância estudar a morte prematura da população masculina, e quando se trata dos homens não brancos as necessidades de

estudos se tornam maiores, uma vez que uma parte dessa população vem perdendo sua vida produtiva de forma muito precoce (ALMEIDA, 2019; RIBEIRO, 2019).

### **5.3 Perspectiva de sexo, gênero e outros determinantes sociais de saúde**

A mortalidade prematura relacionada às dinâmicas de gênero poderia ser classificada em diretamente relacionada ao gênero ou indiretamente relacionada ao gênero.

Nesta direção, as causas de morte feminina diretamente relacionada ao gênero foram os óbitos maternos e o feminicídio, são assim classificados pois ocorreram enquanto a mulher desempenhava o seu papel único da figura feminina, como mulher na sala de parto e como mulher numa relação interpessoal.

Assim, a mortalidade materna, o feminicídio ou mesmo os abortamentos seletivos de fetos femininos (não observado em nossa amostra e mais comum no sudeste asiático) seriam mortes de mulheres diretamente relacionadas ao gênero (JHA et al, 2011). Por outro lado, o excesso de mortalidade prematura masculina relacionada a causas externas e, possivelmente a alguns aspectos do estilo de vida, poderiam ser classificadas como mortalidade prematura indiretamente relacionadas ao gênero.

Em que pese existirem fatores biológicos que contribuem para a mortalidade prematura masculina (genéticos e hormonais) (AUSTAD; FISCHER, 2016), as dinâmicas de gênero parecem ser decisivas para tal mortalidade. Os homens além de morrerem em maior número, sofrem com mais mortes violentas quando comparado as mulheres. Essa tendência é agravada na intersecção sexo-cor: a população masculina e negra apresentou idade média na morte de 35,6 anos, enquanto a masculina branca foi de 37,8 anos.

Por meio desse estudo foi possível entender como as mortes de pessoas jovens aconteceram em Ribeirão Preto-SP em 2019, e suas semelhanças com demais locais do globo. Além das causas externas, as neoplasias, doenças cardíacas e respiratórias ganharam destaque para causas de mortes de ambos os sexos, o que sugere a necessidade de mais ações de prevenção, rastreamento e controle de doenças crônicas não transmissíveis, o que pode ser feito por meio de ampliação da cobertura do município pela Estratégia Saúde da Família.

Pelos resultados encontrados é possível associar a determinação social de saúde aos óbitos prematuros desse estudo. Fatores como desigualdade de renda, trabalho, cor/raça, condições de moradia precária associadas ao fator gênero contribuem de forma negativa na saúde e expectativa de vida das pessoas.

A zona norte do município de Ribeirão Preto, de onde originou a maioria dos óbitos tanto de homens quanto de mulheres, é o mais populoso, com o maior número de domicílios (5.539) em assentamentos precários, associado ao alto índice de pessoas analfabetas responsáveis pelas famílias. Além de ter abrigado maior parte dos óbitos de pessoas não brancas, dos óbitos por causas externas e ocorridos na via pública (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/RIBEIRÃO PRETO, 2021).

Uma limitação desse estudo está relacionada a fonte de dados, uma vez que as declarações de óbitos ainda são preenchidas de forma incompleta e com caligrafia muitas vezes incompreensível. Faz-se necessário investir em capacitação dos profissionais médicos quanto ao preenchimento correto, completo e legível do formulário. A informatização da DO poderia colaborar no registro desta informação de maneira rápida, sistêmica e diminuindo riscos de incompletude, de rasuras e perda de documento.

Outra dificuldade encontrada é que algumas variáveis da DO são dependentes da compreensão do médico que declara o óbito, a exemplo da cor do indivíduo, que é registrado a partir da interpretação do declarante. Os dados encontrados em Ribeirão Preto, apontam para uma maior mortalidade de pessoas brancas, contudo no mesmo ano a população brasileira era constituída por 46,8% pardos, 42,7% de brancos, 9,4% negros e 1,1 % amarelos, segundo dados do IBGE. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA,2019)

Além disso as declarações de óbitos atuais não possuem diferenciação por gênero dos indivíduos, sendo classificados, portanto, somente pelo sexo biológico, dessa forma a morte de pessoas não cisgênero não são configuradas como deveriam ser, prejudicando e empobrecendo a análise de gênero em seu sentido integral.

Ressalta-se que a coleta de dados foi realizada exaustivamente em todos os cartórios do município, a fim de coletar todos os óbitos dos residentes de Ribeirão Preto, SP, no ano de 2019.



Enfim, é possível observar que existe um diferencial nos padrões de mortalidade masculina e feminina. Se por um lado o sistema sócio, político e cultural vigente favorece um padrão de hegemonia masculina, por outro lado esse mesmo sistema promove um padrão de atitudes, comportamentos e estilos de vida que agregam risco e contribuem para maior mortalidade masculina.

Assim, a construção de um mundo mais justo e saudável passa por mudanças na maneira como se dá a formação sociocultural dos meninos e das meninas. A justiça de gênero, para além de uma questão social, é também uma questão de saúde. O processo de eliminação das injustiças de gênero é complexo, mas implica também na libertação tanto de mulheres quanto de homens do sistema patriarcal vigente.

## 6 CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos conclui-se que no ano de 2019 morreram mais homens que mulheres para a faixa etária estudada no município de Ribeirão Preto.

As principais causas de óbito nas mulheres foram as neoplasias, patologias do sistema circulatório e do sistema respiratório. Em relação as causas diretamente relacionadas ao gênero ocorreram dois óbitos maternos e um caso de feminicídio.

As mulheres em sua maioria eram de cor branca, não casadas, residiam na zona norte da cidade e os óbitos ocorreram dentro de serviços de saúde.

Em relação aos homens, as principais causas de óbitos foram as causas externas, cardíacas e neoplasias. Foram classificados na maioria de cor branca, não casados, moradores da zona norte, e grande parte faleceu nos serviços de saúde. Porém destaca-se que mesmo que a maioria faleceu nas unidades de saúde, 35,7% vieram a óbito fora do serviço, sendo em via pública, domicílio ou outros locais, número que é bem maior que o das mulheres.

Os homens não brancos foram os que mais perderam anos de vida produtiva e que os que morreram de causas externas, assemelhando a dados de mortalidade estaduais e nacionais.

Mortes femininas e masculinas derivadas de causas naturais como neoplasias, doenças de aparelho circulatório e respiratório, podem ser em sua maioria o ônus dos hábitos de vida não saudáveis adotados pela maior parte da população brasileira, incluindo alimentação com excessos, sedentarismo, tabagismo, uso de álcool e drogas e negligência com a própria saúde. Serviços de saúde, como unidades com estratégia de saúde da família, que fazem busca ativa de pessoas sem acompanhamento e rastreamento de doenças são peças-chaves para amenizar esses números.

Sob a ótica da perspectiva de gênero pode-se concluir que ambos os sexos sofreram com a mortalidade relacionada ao gênero e que determinantes sociais como raça/cor, local de moradia, estado civil (apoio social) associados ao sexo/gênero influenciaram a ocorrência de óbitos prematuros dessa população.

Os serviços de saúde e de assistência social são os principais responsáveis por acolher essa população que sofre consequências dos vieses de gênero. Em relação as

mortes prematuras derivadas de violência, sabe-se que atualmente não é notificado via vigilância epidemiológica casos de violência entre dois homens cisgêneros (exceto deficientes e extremos de idade) algo que poderia ser reavisto devido a importância epidemiológica da violência nas mortes masculinas.

Portanto, o presente estudo além de revelar dados epidemiológicos essenciais para compreensão das mortes da população em idade fértil, traz questões importantes de discussão sobre os determinantes sociais de saúde e como esses, em especial o gênero/sexo são capazes de contribuir para desfechos de saúde na população estudada.

## REFERÊNCIAS

- ALABAS, O. A.; GALE, C. P.; HALL, M. Sex Differences in Treatments, Relative Survival, and Excess Mortality Following Acute Myocardial Infarction: National Cohort Study Using the SWEDEHEART Registry. **J Am Heart Assoc.** v. 6, n. 12, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1161/JAHA.117.007123>. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/JAHA.117.007123>. Acessado em 23/06/2023.
- ALLIK, M., BROWN, D., DUNDAS, R. *et al.* Deaths of despair: cause-specific mortality and socioeconomic inequalities in cause-specific mortality among young men in Scotland. **Int J Equity Health** v.19, n. 215, 2020.
- ALMEIDA, S. **Racismo Estrutural**. São Paulo; Polen, Coleção Feminismos Plurais, 2019.
- AUSTAD SN, BARTKE A. Sex differences in longevity and in responses to anti-aging interventions: A mini Review. **Gerontology**.v.62, n.1.p.40-46, 2015.
- AUSTAD SN, FISCHER KE. Sex Differences in Lifespan. **Cell Metab.** v.23, n.6, p.1022-1033, 2016.
- ANDRADE-BARBOSA, T.L. *et al.* Mortalidade masculina por causas externas em Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** v 18, n.3, p.711-719, 2013.
- BARATA, RB. **Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação? In: Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, p. 73-94. ISBN 978-85-7541-391-3. Available from SciELO Books
- BASSANESI, S.L. AZAMBUJA, M.I. ACHUTTI, A. Mortalidade Precoce por Doenças Cardiovasculares e Desigualdades Sociais em Porto Alegre: da Evidência à Ação. **Arq Bras Cardiol**, v.90, n 6,p. 403-412, 2008.
- BASTOS, J.L.; HARNOIS, C.E.; PARADIES, Y.C. Barreiras de saúde, racismo e interseccionalidade na Austrália. **Soc Sci Med**, v. 199, p. 209-218, 2018.
- BENEDUSI V, *et al.* A lack of ovarian function increases neuroinflammation in aged mice. **Endocrinology**.v.152,n.6.p.2777–2788,2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22492304/>. Acesso em 26/07/2022.
- BIBIANO AMB *et al.* Fatores associados à utilização dos serviços de saúde por homens idosos: uma revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.24,n.6. pag,2263-2278, 2019. Disponível em : <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.19552017>. Acesso em 30/01/2023.
- BILAL, U. *et al.* Life expectancy and mortality in 363 cities of Latin America. **Nature Medicine.** v. 27,n 3, p. 463-70, mar. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33495602/> Acesso em 26/07/2022.
- BRASIL. MINISTERIO DA ECONOMIA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da Violência 2019**. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes/58/atlas-2019-municipios>. Acesso em 27/06/2023.

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. **Tecnologia da Informação a Serviço do SUS**. Disponível em:  
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em 28/03/2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A declaração de óbito**: documento necessário e importante / Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 38 p.

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 1199 de 05 de junho de 2008. Regulamenta a vigilância de óbitos maternos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BILAU, U, et al. Scaling of mortality in 742 metropolitan areas of the Americas. **Science Advances**. v. 7n. 50, dez-2021. Disponível em:  
<https://www.science.org/doi/10.1126/sciadv.abl6325>. Acesso em 28/08/2022

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero – Feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003

Calvino, I. (1990). **As Lições Americanas: Seis Propostas para o Próximo Milênio**. Companhia das Letras.

CASTRO. M. C. *et al.* Reduction in the 2020 life expectancy in Brazil after Covid-19. **MedRxiv** – The preprint server for health sciences. abr. 2021.

DAHLGREN G, WHITEHEAD M. Policies and Strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.

FAÚNDES, A.; PARPINELLI, M. A. & CECATTI, J. G. Mortalidade de mulheres em idade fértil em Campinas, São Paulo (1985-1994). **Cad. Saúde Pública**, v.16 n.3, p.671-679, Rio de Janeiro, 2000.

FUNDAÇÃO ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS-SEADE. **Portal da Estatísticas do Estado de São Paulo**. São Paulo, Brasil. Disponível em:  
<https://produtos2.seade.gov.br/produtos/sp-demografico/> . Acesso em 14/04/2022.

GEMMILL, A et al. Mortality Rates Among U.S. Women of Reproductive Age, 1999–2019. **Am J Prev Med**. v.62.n.4.pag.548–557 2022.

GNU Project (2015). GNU PSPP (Version 0.8.5) [Computer Software]. Free Software Foundation. Boston, MA"

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 8.n.3. p.825-829, 2003.

GRUNDY, I. Women's fertility and mortality in late mid life: A comparison of three contemporary populations. **Am J Hum Biol** .v.21 n.4, p.541-7, 2009.

- HOOKS, B. **Teoria Feminista da margem ao centro**. Tradução Rainer Patriota. Primeira edição. Editora Perspectiva, 2009.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Brasil: Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2012-2019**, 12p. Disponível em : [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101743\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101743_informativo.pdf). Acesso em 26/07/2022.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Brasil: **Indicadores**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em 03/04/2022.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Brasil: **Tábuas Completas de Mortalidade**, 2020. Disponível em : <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/29505-expectativa-de-vida-dos-brasileiros-aumenta-3-meses-e-chega-a-76-6-anos-em-2019> Acesso em 11/04/2022
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Brasil: Pesquisa nacional de saúde: 2019: ciclos de vida: Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2021. 139p.
- ISLAM, MM. Social Determinants of Health and Related Inequalities: Confusion and Implications. **Front Public Health**. v.7.n.11, 2009. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/directbitstream/200f4364-153a-4588-bfc5-7c80c9991255/003026172.pdf>. Acesso em 11/04/2022.
- JHA P. et al. Trends in selective abortions of girls in India: analysis of nationally representative birth histories from 1990 to 2005 and census data from 1991 to 2011. **Lancet**. v.377, n.9781, pag.1921-8, 2011. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60649-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60649-1/fulltext) Acesso em 15/05/2022.
- KARASIK D, FERRARI SL. Contribution of gender-specific genetic factors to osteoporosis risk. **Ann. Hum. Genet.** v72, p.696–714, 2008.
- KRIEGER, N. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. **Journal of Epidemiology & Community Health**. v.59, n. 5, p.350-355, 2005. Disponível em : <https://jech.bmj.com/content/59/5/350>
- KORIN D. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Adolescentes América Latina**. n.2.v.2, p.67-9, 2001.
- LAURENTI, R. et al. A elaboração de estatísticas de mortalidade segundo causas múltiplas. **Rev. Bras. Epidemiol**, v.3,n.13, 2000.
- LAURENTI, R. & BUCHALLA, C. M. O uso em epidemiologia da família de classificações de doenças e problemas relacionados à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(4):685-700, out-dez, 1999
- MALTA; DC, Duarte; EC. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência e Saude Coletiva**. v.12, n3.pag 765-776, 2007.

MARTIN, J.C. **Mortalidade de mulheres e idade fértil**: enfoque na evitabilidade das causas. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, 2018.

MICROSOFT CORPORATION, 2022. Microsoft Excel versão 2203. Disponível em: <https://office.microsoft.com/excel>.

MORIYAMA, I. M.; LOY, R. M.; ROBB-SMITH, A. H. T. History of the statistical classification of diseases and causes of death. In: ROSENBERG, H. M.; HOYERT, D. L. (eds.). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2011. Disponível em: [https://www.cdc.gov/nchs/data/misc/classification\\_diseases2011.pdf](https://www.cdc.gov/nchs/data/misc/classification_diseases2011.pdf). Acesso em: 25 jan. 2023.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Health at a Glance 2009 OECD INDICATORS. OECD;2009. Disponível em : [https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health\\_glance-2009-en.pdf?expires=1652224453&id=id&accname=guest&checksum=7206CC05FE11D625A8473CFCC27A4734](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2009-en.pdf?expires=1652224453&id=id&accname=guest&checksum=7206CC05FE11D625A8473CFCC27A4734) Acesso em 10/05/2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Departamento de assuntos econômicos e sociais**. Genebra. ONU, 2022. Disponível em: <https://population.un.org/wpp/DataQuery>. Acesso em 29/03/2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Metas de desenvolvimento sustentável**. Nova Iorque. ONU, 2015. Disponível em: <https://www.undp.org/sustainable-development-goals>. Acesso em 29/08/2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS-MULHERES. **ONU alerta sobre os custos da violência contra as mulheres no mundo**. ONU, 2017 Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/noticias/onu-alerta-para-os-custos-da-violencia-contras-mulheres>. Acesso em 29/03/2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Comissão de Determinantes Sociais da Saúde. Fechando a lacuna em uma geração: equidade em saúde por meio da ação sobre os determinantes sociais da saúde**. Relatório final da comissão sobre determinantes sociais da saúde. Genebra: OMS, 2008. Disponível em: [https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/11/Relat%C3%B3rio\\_Final\\_OMS\\_Redu%C3%A7%C3%A3o-das-Desigualdades-no-per%C3%ADodo.pdf](https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/11/Relat%C3%B3rio_Final_OMS_Redu%C3%A7%C3%A3o-das-Desigualdades-no-per%C3%ADodo.pdf). Acesso em 15/11/2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estimativas globais e regionais da violência contra as mulheres: prevalência e efeitos na saúde da violência por parceiro íntimo e da violência sexual sem parceiro**. Genebra: OMS, 2013. 145 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625> . Acesso em: 21 fev. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais**. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais de Saúde. Portugal, 2010, 259p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Study Grupo de medição dos níveis de saúde.** Genebra, 1957.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório de situação global sobre doenças não transmissíveis 2010.** Geneva: WHO; 2011. 176 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Indicadores de saúde reprodutiva:** diretrizes para sua geração, interpretação e análise para monitoramento global; Genebra: OMS, 2006. 69p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Guia para Implementação das Prioridades Transversais na OPAS/OMS do Brasil:** direitos humanos, equidade, gênero e etnicidade e raça Brasília: OPAS; 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49728> Acesso em 12/04/2022.

PILGER C, MENON UM, MATHIAS TAF. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 1, pag. 213-220, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000100027> .Acesso em 30/01/2023.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Plano Municipal de Saúde 2022-2025. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude171202306.pdf> .Acesso em 27/06/2023.

PROTEGGENTE AR et al. Gender differences in steady state levels of oxidative damage to DNA in healthy individuals. **Free Radic Res.** v.36, p.157– 162, 2002.

RIBEIRO, D. Pequeno Manual Antirracista. 1ed.Sao Paulo: Companhia das letras,2019.

ROMAN-BLAS, J.A, CASTANEDA S, LARGO R, HERRERO-BEAUMONT, G. Osteoarthritis associated with estrogen deficiency. **Arthritis Res. Ther.** v11. n4. p.241, 2009.

SÁ, E.Q.C, et al. Testosterona sérica e doença cardiovascular em homens. **Arq Bras Endocrinol Metab.**v.53, n.8, p.915-922, 2009.

SAFFIOTI, HIB. **Gênero, Patriarcado, Violência.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANTOS, LL. **A visibilidade da violência de gênero em dois serviços de assistência primária à saúde.** 2003. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2003. doi:10.11606/D.17.2003.tde-14052003-220208. Acesso em: 2023-02-21

SECRETARIA DO ESTADO DA SAUDE. DRS XII Ribeirão Preto. Disponível em: <http://saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/drs-xiii-ribeirao-preto>. Acesso em 17/04/2022.

SOUZA, J.P. LOURES, L.L. RODRIGUES, F.B. Maternal Mortality: An Eco-Social Phenomenon that Calls for Systemic Action. **Rev Bras Ginecol Obstet** , v.42, n.4, p.169-173, 2020.



SOUZA, J. P. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 35, n. 12, p. 533-535, 2013.

SOUZA, L.G. SIVIERO, P.C.L. Diferenciais por sexo na mortalidade evitável e ganhos potenciais de esperança de vida em São Paulo, SP: um estudo transversal entre 2014 e 2016. **Epidemiol. Serv. Saude**, v.29 n.3, Brasília,2020.

VILLA, A, et al. Estrogen accelerates the resolution of inflammation in macrophagic cells. **Sci Rep**. 5:15224, 2009.

WANG, Y et al. “Sex differences in the association between marital status and the risk of cardiovascular, cancer, and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of 7,881,040 individuals.” **Global health research and policy** v. 5 4, 2020.

## APÊNDICE A

Confidential

Levantamento de óbitos  
Page 1 of 4**Declaração de óbito**

ID \_\_\_\_\_

**:: Identificação ::**

Nome do falecido: \_\_\_\_\_

Tipo de Óbito:  Fetal  
 Não Fetal  
 Morte Materna

Data do óbito: \_\_\_\_\_

Hora do óbito: \_\_\_\_\_

Naturalidade (país) :  Brasil  OutroSe a naturalidade = Brasil, escolha o estado:  
 Acre  Alagoas  Amapá  
 Amazonas  Bahia  
 Ceará  Distrito Federal  
 Espírito Santo  Goiás  
 Maranhão  Mato Grosso  
 Mato Grosso do Sul  Minas Gerais  
 Pará  Paraíba  Paraná  
 Pernambuco  Piauí  
 Rio de Janeiro  Rio Grande do Norte  
 Rio Grande do Sul  Rondônia  
 Roraima  Santa Catarina  
 São Paulo  Sergipe  
 Tocantins

Se a naturalidade = Brasil, digite a cidade: \_\_\_\_\_

Se a naturalidade \*NÃO\* for brasileira, digite o país: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Idade - Valor: \_\_\_\_\_  
(Marque a unidade no campo abaixo)Idade - Unidade:  Anos completos  
 Meses  
 Dias  
 Horas  
 MinutosSexo:  Feminino  
 Masculino

Confidential

Page 2 of 4

Raça/Cor:

- Branca  
 Preta  
 Amarela  
 Parda  
 Indígena

Estado Civil:

- Solteiro  
 Casado  
 Viúvo  
 Separado/Divorciado

Profissão:

\_\_\_\_\_

: : **Residência** : :

Logradouro:

\_\_\_\_\_

Número:

\_\_\_\_\_

Bairro:

\_\_\_\_\_

Zona:

- Centro  
 Zona Leste  
 Zona Norte  
 Zona Oeste  
 Zona Sul  
 Bonfim Paulista

Estado (Escolha uma opção) :

- Acre    Alagoas    Amapá  
 Amazonas    Bahia  
 Ceará    Distrito Federal  
 Espírito Santo    Goiás  
 Maranhão    Mato Grosso  
 Mato Grosso do Sul    Minas Gerais  
 Pará    Paraíba    Paraná  
 Pernambuco    Piauí  
 Rio de Janeiro    Rio Grande do Norte  
 Rio Grande do Sul    Rondônia  
 Roraima    Santa Catarina  
 São Paulo    Sergipe  
 Tocantins

Cidade:

\_\_\_\_\_

: : **Ocorrência** : :

Local de ocorrência do óbito:

- Hospital  
 Outros estab. de saúde  
 Domicílio  
 Via pública  
 Outros

Confidential

Page 3 of 4

Hospital (escolha)

- Hospital Beneficência Portuguesa  
 Hospital Electro Bonini  
 Hospital Estadual (HE)  
 HC - Câmpus  
 HC - Unidade de Emergência  
 Mater  
 Hospital Ribeirânia  
 Santa Casa de Misericórdia  
 Hospital Santa Lydia  
 Hospital São Francisco  
 Hospital São Lucas  
 Hospital São Paulo  
 Hospital Materno-infantil Sinhá Junqueira  
 Hospital Unimed  
 Outro

Hospital - Outro:

\_\_\_\_\_

Local - Outro:

\_\_\_\_\_

**:: Condições e causas do óbito ::**

Causa A - Descrição

\_\_\_\_\_

Causa A - CID

\_\_\_\_\_

Causa B - Descrição

\_\_\_\_\_

Causa B - CID

\_\_\_\_\_

Causa C - Descrição

\_\_\_\_\_

Causa C - CID

\_\_\_\_\_

Causa D - Descrição

\_\_\_\_\_

Causa D - CID

\_\_\_\_\_

Confidential

Page 4 of 4

---

---

**: : Prováveis circunstâncias de morte não natural : :**

Tipo:

- Acidente  
 Suicídio  
 Homicídio  
 Outros

Acidente.

Tipo: Acidente de trabalho?

- Sim  Não

Morte - outros:

---

## ANEXO A

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Óbito	
I Identificação	1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input type="checkbox"/> Não Fetal	2 Data do óbito	Hora <input type="text"/> Cartão BUS <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Naturalista
	3 Nome do Falecido		Município / UF (se estrangeiro, informar País)
	4 Nome do Pai		7 Nome da Mãe
II Residência	5 Data de nascimento	6 Idade Anos completos Meses Dias Horas Minutos	10 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado
	11 Raça/Cor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena		12 Situação conjugal <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado judicialmente/ divorçado <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Ignorada
	13 Escolaridade (última série concluída) Nível <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo		14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002
III Ocorrência	15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) Número Complemento 16 CEP		
	17 Bairro/Distrito	Código	18 Município de residência
	19 UF		
IV Fetal ou menor que 1 ano	20 Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> Via pública		21 Estabelecimento
	22 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc.) Número Complemento		23 CEP
	24 Bairro/Distrito	Código	25 Município de ocorrência
V Condições e causas do óbito	26 Preenchimento exclusivo para óbitos fetais e de menores de 1 ano - informações sobre a mãe		27 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada) Código CBO 2002
	28 Escolaridade (última série concluída) Nível <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo		29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada) Código CBO 2002
	30 Número de filhos vivos <input type="checkbox"/> Nascidos <input type="checkbox"/> Perdidos fetais/ abortos <input type="checkbox"/> Ignorado		31 Nº de semanas de gestação <input type="checkbox"/> Ignorado
VI Médico	32 Tipo de parto <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e mais <input type="checkbox"/> Ignorada		33 Tipo de parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesáreo <input type="checkbox"/> Ignorado
	34 Morte em relação ao parto <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorado		35 Passo ao nascer <input type="checkbox"/> Ignorado
	36 Número da Declaração de Nascimento Vivo		37 Número da Declaração de Nascimento Vivo
VII Causas externas	38 Óbito de mulher em idade fértil		39 ASSISTÊNCIA MÉDICA
	39 A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No aborto <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		40 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
	41 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		42 DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
VIII Cartório	43 CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		44 ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA
	45 PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na causa acima.		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID
	46 Nome do Médico		47 CRM
IX Localid. do Médico	48 Meio de contato (telefons, fax, e-mail, etc.)		49 Data do atestado
	50 Assinatura		51 Nome do Médico
	52 Nome do Médico		53 CRM
X Localid. do Médico	54 PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)		55 Fonte da informação
	56 Tipo <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> Sen <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorado		57 Fonte da informação <input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Ignorado
	58 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência		59 Município e UF do SVO ou IML
XI Localid. do Médico	60 SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO		61 Município e UF do SVO ou IML
	62 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)		Código
	63 Cartório	Código	64 Registro
XII Localid. do Médico	65 Município		66 Data
	67 UF		
	68 Declarante		69 Testemunhas
70 Assinatura		A	B

## ANEXO B

USP - CENTRO DE SAÚDE  
ESCOLA DA FACULDADE DE  
MEDICINA DE RIBEIRÃO  
PRETO DA USP-



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ESPACIALIZAÇÃO DA MORTALIDADE E A RELAÇÃO COM A EXPECTATIVA DE VIDA NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO

**Pesquisador:** JOAO PAULO LIMA MOREIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 41215220.0.0000.5414

**Instituição Proponente:** Departamento de Medicina Social

**Patrocinador Principal:** FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.543.831

**Apresentação do Projeto:**

Resposta a parecer emitido em 02/02/2021 apresentando os potenciais riscos da proposta de pesquisa, tanto no protocolo como no formulário com as informações básicas da proposta e enviando o cronograma de acordo com as normas recomendadas pela CONEP.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Investigar a relação entre o local de moradia e a expectativa de vida da população do município de Ribeirão Preto através da espacialização dos dados da declaração de óbito por causa de morte por zonas municipais de acordo com os dados do IBGE do censo de 2010 utilizando a variável renda do chefe de família.

**Objetivo Secundário:**

• Estabelecer relação entre dados climatológicos (temperatura, umidade e qualidade do ar) com mortes dos aparelhos circulatório e respiratório (Capítulos IX e X - CID-10, respectivamente); e estabelecer relação entre renda e ocorrência de neoplasias (Capítulo II - CID-10).

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Há um possível risco de perda de sigilo dos falecidos, dessa forma, serão realizados

**Endereço:** TERESINA 600

**Bairro:** SUMAREZINHO

**CEP:** 14.055-380

**UF:** SP

**Município:** RIBEIRAO PRETO

**Telefone:** (16)3315-0009

**E-mail:** csecuiba@fmrp.usp.br

USP - CENTRO DE SAÚDE  
ESCOLA DA FACULDADE DE  
MEDICINA DE RIBEIRÃO  
PRETO DA USP-



Continuação do Parecer: 4.543.831

procedimentos para preservar o sigilo dos participantes da pesquisa, como a anonimização do banco de dados.

**Benefícios:**

Identificar localizações onde a população necessita de um atendimento médico de melhor qualidade, para que o município possa alcançar um patamar mais equitativo em relação a saúde de sua população.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Ver parecer anterior.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequados.

**Recomendações:**

Pendências foram adequadamente atendidas.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Recomendo aprovação do projeto "ad referendum" do colegiado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado "ad referendum" da reunião colegiada.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1681396.pdf	12/02/2021 17:10:18		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	12/02/2021 17:09:59	JOAO PAULO LIMA MOREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DOUTORADO_MOREIRAe_SOUZA_JP_VERSAODOIS.pdf	11/02/2021 18:20:55	JOAO PAULO LIMA MOREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Pedido_dispenza_TCLE.pdf	11/02/2021 18:17:22	JOAO PAULO LIMA MOREIRA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	16/12/2020 13:27:19	JOAO PAULO LIMA MOREIRA	Aceito

Endereço: TERESINA 690

Bairro: SUMAREZINHO

CEP: 14.055-380

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-0009

E-mail: csecuiaba@fmrp.usp.br



USP - CENTRO DE SAÚDE  
ESCOLA DA FACULDADE DE  
MEDICINA DE RIBEIRÃO  
PRETO DA USP-



Continuação do Parecer: 4.543.631

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	DOC_JPMOREIRAE SOUTA_CEP.pdf	15/12/2020 16:22:26	JOAO PAULO LIMA MOREIRA	Aceito
---	------------------------------	------------------------	----------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIBEIRAO PRETO, 17 de Fevereiro de 2021

Assinado por:  
**LAÉRCIO JOEL FRANCO**  
(Coordenador(a))

Endereço: TERESINA 690  
Bairro: SUMAREZINHO CEP: 14.055-380  
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO  
Telefone: (16)3315-0009 E-mail: cseculaba@fmrp.usp.br