**ANÁLISE DOS ÍNDICES DE MORBIMORTALIDADE DA POPULAÇÃO FEMININA DO BRASIL: O POSSÍVEL IMPACTO PROPICIADO PELO DESENVOLVIMENTO DESIGUAL NAS DISPARIDADES DAS MACRORREGIÕES**

**Estado, políticas públicas e desenvolvimento regional**

**Tuane Teixeira de Souza Longen¹**

**Luciana Butzke²**

**RESUMO**

A morbimortalidade da população feminina é um indicador crucial de bem-estar e desenvolvimento social. A saúde das mulheres é um elemento central do desenvolvimento de qualquer sociedade, não apenas por uma questão de equidade, mas também porque uma população saudável e bem cuidada é essencial para o desenvolvimento econômico e social. O objetivo principal foi o de analisar os perfis de morbimortalidade encontrados na população feminina por região no Brasil. A metodologia contemplou a coleta e análise de dados de morbimortalidade e de investimentos em saúde de 2013 a 2022. Os dados foram tabulados considerando o recorte das cinco macrorregiões. Nos resultados constatou-se que os perfis de morbimortalidade na população feminina do Brasil apresentam semelhanças, porém, quando comparado com os dados das últimas publicações, nota-se uma discrepância. E quando voltamos a atenção para os programas de saúde criados e para o foco das políticas públicas nacionais, percebe-se que as principais causas de morte na população feminina não estão no foco das discussões, ou seja, as políticas nacionais de saúde encontram-se defasadas.

**Palavras**-**chave**: Morbimortalidade feminina. Desenvolvimento Regional. Políticas públicas de saúde. Saúde da mulher. Desigualdades regionais. Brasil.

**ABSTRACT**

The morbidity and mortality of the female population is a crucial indicator of well-being and social development. Women's health is a central element of the development of any society, not only for the sake of equity, but also because a healthy and well-cared for population is essential for economic and social development. The main objective was to analyze the morbidity and mortality profiles found in the female population by region in Brazil. The methodology included the collection and analysis of data on morbidity and mortality and investments in health from 2013 to 2022. The data were tabulated considering the five macro-regions. The results showed that the morbidity and mortality profiles in the female population of Brazil present similarities, however, when compared with data from recent publications, a discrepancy is noted. And when we turn our attention to the health programs created and the focus of national public policies, we realize that the main causes of death in the female population are not the focus of discussions, that is, national health policies are outdated.

**Keywords**: Female morbidity and mortality. Regional Development. Public health policies. Women's health. Regional inequalities. Brazil.

**INTRODUÇÃO**

Morbimortalidade refere-se à relação entre a morbidade e a mortalidade em uma população, lembrando que ambos os termos têm significados distintos (Governo do Brasil, 2020). Morbidade refere-se à incidência e prevalência de doenças ou condições de saúde em uma população, ou seja, mede a frequência com que as pessoas adoecem ou apresentam problemas de saúde (OPAS/OMS, 2010). Em contrapartida, a mortalidade tange a incidência de mortes em uma população, isto é, mensura a frequência com que as pessoas morrem. Desta forma, morbimortalidade é, portanto, a combinação desses dois conceitos. Ao analisar a morbimortalidade, pode-se entender melhor não apenas a ocorrência de doenças em uma população, mas também as implicações dessas doenças para a mortalidade, tornando-se essencial para o desenvolvimento de políticas de saúde, estratégias de prevenção e intervenções médicas (Governo do Brasil, 2020; OPAS/OMS, 2010).

A morbimortalidade da população feminina é um indicador determinante de bem-estar e desenvolvimento social. No contexto do Brasil, um país vasto e diversificado em termos culturais e geográficos, a compreensão da morbimortalidade feminina não pode ser simplificada como uma única narrativa. Pelo contrário, a história das mulheres e a história que desenharam têm sido invisibilizadas e homogeneizadas nas narrativas existentes (Butzke *et al*. 2020), trata-se de uma história complexa e multifacetada, moldada por fatores interconectados, como as crenças e valores culturais e sociais, além das forças políticas socioeconômicas e das políticas de saúde na percepção dos distintos perfis epidemiológicos (Martins *et al*., 2021). Esta pesquisa investigou e analisou os índices de morbimortalidade na população feminina do Brasil, considerando as discrepâncias regionais e o impacto das políticas públicas nas diferentes macrorregiões (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-oeste) do país.

As mulheres constituem a maioria da população brasileira e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Conformam, portanto, um segmento social fundamental para as políticas de saúde, especialmente porque as históricas desigualdades de poder entre mulheres e homens implicam em forte impacto nas condições de saúde das mulheres. Associadas às questões referentes às relações sociais de gênero, outras variáveis como raça, etnia, situação de pobreza, orientação sexual, idade, aprofundam ainda mais as desigualdades vividas pelas mulheres, exigindo do SUS cada vez mais o olhar para este segmento da população. (BRASIL, 2013, p. 30)

Desta forma, vale destacar que a saúde das mulheres é um elemento necessário do desenvolvimento de qualquer sociedade, não apenas por uma questão de equidade, mas também porque uma população saudável e bem cuidada é essencial para o desenvolvimento econômico e social (WHO, 2016). No entanto, as mulheres brasileiras enfrentam desafios de saúde que variam significativamente de acordo com sua localização geográfica e contexto socioeconômico. Enquanto algumas regiões do Brasil desfrutam de infraestrutura de saúde robusta e acesso a serviços especializados, outras enfrentam deficiências críticas que afetam a saúde e o bem-estar das mulheres de maneira adversa.

 Neste cenário, as políticas públicas desempenham um papel fundamental na mitigação das disparidades de saúde. O Brasil possui um sistema de saúde universal, mas a implementação e eficácia dessas políticas podem variar consideravelmente de uma região para outra. Portanto, esta pesquisa buscou entender como as políticas públicas de saúde direcionadas às mulheres se relacionam com os resultados de morbimortalidade nas diferentes macrorregiões do país.

O presente artigo está dividido em cinco seções. A primeira seção, essa introdução, procura contextualizar o tema do artigo, buscando apresentar a motivação, as questões e seu objetivo. A segunda seção trata da política de saúde da mulher. A terceira seção apresenta os aspectos metodológicos empregados nesta pesquisa. Os resultados são apresentados e comentados na quarta seção. E o artigo finaliza com a discussão dos resultados, em que se cita o que a literatura tem apresentado, apontando o que difere dos dados encontrados nesta pesquisa e ainda menciona implementações a serem feitas nas políticas públicas nacionais.

Neste sentido esta pesquisa possui como objetivo analisar os perfis de morbimortalidade encontrados na população feminina por região no Brasil entre os anos de 2013 a 2022.

**A HISTÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER**

 O debate sobre a saúde da mulher no Brasil data de 1950 e tem como prioridade a mulher-mãe. Essa prioridade se estende até a década de 1980 quando o movimento feminista tensiona essa prioridade e faz com que a concepção de saúde da mulher se torne mais ampla e incorpore também a diversidade. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher data de 2004 (Brasil, 2004). Em 2011, a PNAISM foi atualizada e foi feita uma reimpressão (Brasil, 2011) (Figura 1).

Figura 1 – Linha do tempo da incorporação da saúde da mulher nas políticas públicas



Fonte: Elaboração própria com base em Fernandes et al. (2014).

A PNAISM de 2004 tem como objetivos:

- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.

– Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.

– Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde. (Brasil, 2004, p. 30)

 A segunda reimpressão mostra um diálogo com os movimentos sociais e diversos setores da sociedade no intuito de atualizar a política. Nesse sentido:

Os indicadores epidemiológicos do Brasil mostram uma realidade na qual convivem doenças dos países desenvolvidos (cardiovasculares e crônico-degenerativas) com aquelas típicas do mundo subdesenvolvido (mortalidade materna e desnutrição). Os padrões de morbimortalidade encontrados nas mulheres revelam também essa mistura de doenças, que seguem as diferenças de desenvolvimento regional e de classe social. (Brasil, 2011, p. 9).

 Nesse documento foram indicados os riscos da hipertensão arterial e o diabetes mellitus constituem-se nos principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares. As doenças cardiovasculares representam 31% da causa de morte. Os estudos epidemiológicos citados neste documento são de 2002 (Brasil, 2011).

 Considerando que, a PNAISM e sua reimpressão indicam a importância de se considerar a diversidade feminina e a diversidade regional, neste artigo, priorizamos a diversidade regional a fim de demonstrar as semelhanças e diferenças entre as regiões do Brasil a fim de cotejar com o texto da PNAISM e estudos de morbimortalidade publicados no período.

**ASPECTOS METODOLÓGICOS**

 Este estudo caracteriza-se por ser observacional, analítico e de delineamento epidemiológico ecológico para investigar a associação entre variáveis socioeconômicas, políticas públicas de saúde e indicadores de saúde feminina nas diferentes regiões do Brasil no período de 2013 a 2022. Um estudo ecológico é adequado para este propósito, pois permite analisar dados agregados por áreas geográficas, oferecendo uma visão ampla das relações entre contexto socioeconômico e saúde.

 Em relação à coleta de dados, os indicadores de saúde feminina apresentam variáveis dependentes como taxas de mortalidade materna, natalidade e morbidade por doenças específicas e incidência de câncer de mama e de colo do útero. Já as variáveis independentes, como as socioeconômicas e de políticas públicas de saúde, incluem acesso a serviços de saúde (número de unidades de saúde, profissionais de saúde por habitante), investimento em saúde e programas específicos de saúde para mulheres, entre outros.

 Os dados foram coletados em fontes oficiais, como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que apresenta dados demográficos e socioeconômicos; Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que traz indicadores de saúde; Portal da Transparência, que divulga investimentos e despesas em saúde; Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que apresentam dados sobre mortalidade e morbidade. E o IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), que desempenha um papel na formulação de políticas públicas no Brasil, fornecendo análises, estudos e dados sobre diversos aspectos econômicos, sociais e ambientais do país.

 No que diz respeito às análises estatísticas, inicialmente, foram elaboradas tabelas, utilizadas para visualizar distribuições e tendências temporais.Em seguida, os dados desta pesquisa foram analisados estatisticamente através da regressão linear univariada. Para isto utilizou-se das informações referente as principais causas de mortalidade em mulheres residentes no Brasil entre os anos de 2013 a 2022. Os achados foram apresentados pelo β (Beta) para indicar a magnitude e a direção das associações entre as variáveis independentes e a variável dependente. Em todas as análises foi adotado como nível para significância estatística um p-valor (*p-value)* α = 0,05 (\*p≤0,05). Nas correlações estatísticas significativas foi considerado correlação moderada quando β (0,40 a 0,69); correlação forte (0,70 a 0,89) e muito forte (0,90 a 1.00).

 Como os dados disponíveis nas fontes mencionadas anteriormente estão organizados anualmente, utilizamos modelos em painel para analisar variações ao longo do tempo e entre as regiões.

**RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Esta seção apresenta os resultados das estimativas de regressão linear para diversas comorbidades em mulheres residentes nas cinco macrorregiões do Brasil, no período de 2013 a 2022. As análises destacam a variação da prevalência de diferentes condições de saúde e a significância estatística das tendências observadas.

Em relação à estimativa de regressão no decorrer dos anos de 2013 a 2022, observa-se na região Sul que a principal causa de mortalidade foi o Infarto agudo do miocárdio (IAM), responsável por 51719 mortes. Observa-se na tabela 1, que na região Sul não houve uma redução ou um aumento estatisticamente das 5 principais causas de morte.

|  |
| --- |
| Tabela 01 - Estimativa de Regressão Linear da mortalidade nas mulheres residentes no sul do Brasil entre 2013 a 2022 |
| **Região Sul** | ***Nº total de mortes*** | **β** | ***p-value*** |
| I21 Infarto agudo do miocárdio | 51719 | -0,59 | 0,07 |
| B34 Doença p/vírus de localização NE | 48114 | 0,58 | 0,08 |
| J18 Pneumonia p/microg. NE | 39601 | -0,54 | 0,11 |
| E14 Diabetes mellitus NE | 38978 | -0,23 | 0,52 |
| J44 Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas | 38891 | 0,58 | 0,58 |

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do DATASUS (2024). Método estatístico empregado: Coeficiente β (Beta) obtidos a partir da análise de regressão linear. Em todas as análises foi adotado como nível para significância estatística um \*p≤0,05.

 Na região Sudeste, pode-se observar que a principal causa de mortalidade foi também o IAM, sendo este responsável por 159408 mortes. E, pode-se observar pela estimativa de regressão no decorrer dos anos de 2013 a 2022 na tabela 02, que as causas de morte decorrentes do Diabetes mellitus (DM) e da Neoplasia maligna da mama tiveram uma tendência ao aumento estatisticamente significativa no decorrer deste período, onde a neoplasia da mama teve uma correlação muito forte ao aumento (β: 0,97; p<0,01) e a DM correlação forte (β: 0,75; p<0,01). Neste sentido, estas duas patologias poderão predispor no decorrer dos próximos anos uma tendência ao aumento.

|  |
| --- |
| Tabela 02 - Estimativa de Regressão Linear da mortalidade nas mulheres residentes no Sudeste do Brasil entre 2013 a 2022 |
| **Região Sudeste** | ***Nº total de mortes*** | **β** | **p-value** |
| I21 Infarto agudo do miocárdio | 159408 | -0,45 | 0,20 |
| B34 Doença p/vírus de localização NE | 149339 | 0,60 | 0,06 |
| E14 Diabetes mellitus NE | 115137 | -0,59 | 0,07 |
| R99 Outras causas mal definidas e NE mortalidade | 96378 | 0,75 | **0,01\*** |
| C50 Neoplasia maligna da mama | 83644 | 0,97 | **0,01\*** |

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do DATASUS (2024). Método estatístico empregado: Coeficiente β (Beta) obtidos a partir da análise de regressão linear. Em todas as análises foi adotado como nível para significância estatística um \*p≤0,05.

Na região Centro-oeste (tabela 03), observou-se que a principal causa de mortalidade foi Doença por vírus de localização não especificada, responsável por 26718 mortes. E, pode-se notar pela estimativa de regressão no decorrer dos anos de 2013 a 2022 na tabela 03 que as causas de morte decorrentes do IAM tiveram uma tendência ao aumento estatisticamente significativa no decorrer deste período, onde houve uma correlação muito forte ao aumento (β: 0,93; p<0,01) enquanto a Pneumonia por microrganismo não especificado, teve uma correlação forte e com tendência a redução no decorrer dos anos analisados (β: -0,76; p<0,01). Neste sentido, O IAM poderá predispor, no decorrer dos próximos anos, a uma tendência ao aumento e a Pneumonia à redução no número de casos.

|  |
| --- |
| Tabela 03 - Estimativa de Regressão Linear da mortalidade nas mulheres residentes no Centro-oeste do Brasil entre 2013 a 2022 |
| ***Região Centro-oeste*** | ***Nº total de mortes*** | **β** | **p-value** |
| B34 Doença p/vírus de localização NE | 26718 | 0,58 | 0,08 |
| I21 Infarto agudo do miocárdio | 22811 | 0,93 | **0,01\*** |
| J18 Pneumonia p/microg. NE | 16220 | -0,76 | **0,01\*** |
| J44 Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas | 14767 | 0,28 | 0,43 |
| E14 Diabetes mellitus NE | 14023 | 0,34 | 0,33 |

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do DATASUS (2024). Método estatístico empregado: Coeficiente β (Beta) obtidos a partir da análise de regressão linear. Em todas as análises foi adotado como nível para significância estatística um \*p≤0,05.

Em relação à estimativa de regressão no decorrer dos anos de 2013 a 2022 na região Nordeste, observa-se que a principal causa de mortalidade, responsável por 109186 mortes foi o IAM. A análise da tabela 04 indica que no decorrer dos anos houve uma tendência ao aumento no número de mortes por IAM, tendo este uma correlação ao aumento moderada (β:0,69; p<0,05). Entretanto, o Acidente vascular cerebral (AVC), teve uma correlação forte à diminuição (β: -0,83; p<0,01). Desta forma, conclui-se que o IAM pode predispor a um aumento na tendência da mortalidade ao longo dos próximos anos. Em contrapartida, o número de mortes por AVC na região Nordeste poderá apresentar uma tendência a redução nos próximos anos.

|  |
| --- |
| Tabela 04 - Estimativa de Regressão Linear da mortalidade nas mulheres residentes no Nordeste do Brasil entre 2013 a 2022 |
| **Região Nordeste** | ***Nº total de mortes*** | **Β** | ***p-value*** |
| I21 Infarto agudo do miocárdio | 109186 | 0,69 | **0,03\*** |
| E14 Diabetes mellitus NE | 92545 | -0,12 | 0,74 |
| J18 Pneumonia p/microg. NE | 66583 | -0,21 | 0,57 |
| B34 Doença p/vírus de localização NE | 64799 | 0,62 | 0,06 |
| I64 Acid. Vasc. cerebral NE como hemorrágico isquêmico | 63170 | -0,82 | **0,01\*** |

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do DATASUS (2024). Método estatístico empregado: Coeficiente β (Beta) obtidos a partir da análise de regressão linear. Em todas as análises foi adotado como nível para significância estatística um \*p≤0,05.

O mesmo é observado na região Norte (tabela 5), em que se observa que a principal causa de mortalidade foi o Infarto agudo do miocárdio (IAM), sendo responsável por 22179 mortes. Entre 2013 a 2022, o IAM apresentou uma tendência estatisticamente significativa ao aumento, com uma correlação muito forte (β: 0,97; p<0,01), indicando uma predisposição ao aumento nos números de morte por essa patologia. Em contrapartida, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) mostrou uma tendência a redução no decorrer dos anos, evidenciada por uma correlação forte (β: -0,74; p<0,01). Logo, estima-se que, nos próximos anos a região Norte poderá ter uma tendência ao aumento do número de casos por IAM e uma redução nas mortes por AVC.

|  |
| --- |
| Tabela 05 – Estimativa de Regressão Linear da mortalidade nas mulheres residentes no Centro-oeste do Brasil entre 2013 a 2022 |
| ***Norte*** | ***Nº total de mortes*** | **Β** | ***p-value*** |
| B34 Doença p/ vírus de localização NE | 22179 | 0,59 | 0,08 |
| I21 Infarto agudo do miocárdio | 18325 | 0,97 | **0,01\*** |
| E14 Diabetes mellitus NE | 15955 | 0,40 | 0,26 |
| J18 Pneumonia p/microg. NE | 15019 | 0,32 | 0,36 |
| I64 Acid. Vasc. cerebral NE como hemorrágico isquêmico | 12595 | -0,74 | **0,02\*** |

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do DATASUS (2024). Método estatístico empregado: Coeficiente β (Beta) obtidos a partir da análise de regressão linear. Em todas as análises foi adotado como nível para significância estatística um \*p≤0,05.

Comparando as tabelas 01 a 05, notamos que as cinco primeiras causas de mortalidade das macrorregiões apresentam semelhanças, assim como discretas diferenças. Por exemplo, IAM e (DM) estão no ranking em todas as regiões e em todos os anos estudados, enquanto Doença por vírus (COVID-19), que também está presente em todas, porém apenas nos últimos três anos do período estudado, ou seja, aparece nos anos 2020, 2021 e 2022. Já a pneumonia aparece em 4 tabelas como uma das cinco maiores causas de mortalidade, ausente apenas na região Sudeste. No que diz respeito da regressão linear, observou-se em nossa pesquisa que apenas na região Centro-oeste houve uma redução significativa nos números da pneumonia. Contudo, o IAM apresentou um aumento significativo na região: Norte, Centro-oeste e Nordeste.

Com relação às causas de mortalidade que divergem, temos as causas mal definidas de morte e Neoplasia maligna da mama aparecendo apenas na região Sudeste, respectivamente em 4º e 5º lugar. Evidencia-se em nossa pesquisa que a mortalidade decorrente do câncer de mama teve uma tendência ao aumento estatisticamente significativa no decorrer dos anos analisados. O AVC do tipo hemorrágico revela-se apenas nas regiões Norte e Nordeste, e apenas no segundo apresentou uma redução estatisticamente significativa. As Doenças obstrutivas crônicas, que caracterizam as regiões Sul e Centro-oeste, não mostraram mudanças significativas ao longo dos anos.

Importante destacar que nas tabelas estão representadas as cinco maiores causas de mortes nas cinco regiões, porém outras morbidades como por exemplo Neoplasia do colo do útero, apesar de estar sempre em foco nas campanhas de saúde do país, quando verificado o número de mortes aparece apenas na região Norte entre as dez principais causas de mortalidade. Outras causas frequentes incluem a doença de Alzheimer e mortes sem assistência, que apresentam números importantes, mas que independente disso, não se destacam como as maiores causas de mortalidade em mulheres. Destaca-se também as neoplasias malignas dos brônquios e dos pulmões, que apesar de não terem números tão significativos quando comparadas com as outras, são evidenciadas nas regiões Sul, Sudeste e Centro-oeste, ficando entre as dez maiores causas apenas da primeira.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

 Conforme apontado por Arretche (1998), a avaliação de políticas públicas permite que os gestores identifiquem falhas e façam ajustes necessários para garantir que os objetivos dessas políticas sejam atingidos. Nesse sentido, as políticas de saúde para a população feminina devem ser revisitadas para que sejam mais eficazes na redução das taxas de morbimortalidade, haja visto que os resultados desta pesquisa contribuem para o conhecimento sobre a mortalidade da população feminina, mostrando que as doenças do aparelho circulatório são as principais causas de morte, seguidas por doenças respiratórias.

Albert *et al*. (2023), em seu artigo trouxeram dados sobre a mortalidade em Mulheres com Idade Fértil (MIF), em que as maiores taxas de mortalidade se deveram a neoplasias, doenças do aparelho circulatório, causas externas, doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho respiratório.

Em relação ao câncer de mama, Rodrigues *et al.* (2021) confirmam os resultados deste estudo, em que o Sudeste apresenta as maiores taxas de mortalidade em relação a esta neoplasia. Segundo os autores, o câncer de mama responde pela maior causa de óbitos por neoplasias malignas em mulheres no país, o que condiz com os dados encontrados neste artigo. Portanto, quando se observa apenas os números referente às neoplasias, o câncer de mama realmente figura como a principal causa de morte no Brasil. Quando comparado entre as regiões, apenas a região Norte traz o câncer de colo de útero com números maiores. Segundo Arretche (2004), as políticas públicas, para serem eficazes, precisam considerar as particularidades regionais, pois contextos diferentes exigem abordagens diferentes. No caso da morbimortalidade feminina, essa avaliação regionalizada é fundamental para garantir a eficácia das intervenções.

Já em comparação com o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) e sua reimpressão (Brasil, 2004; 2011), percebem-se semelhanças ao encontrado nesta pesquisa. Segundo o PNPM principais causas de morte na população feminina no Brasil são as doenças cardiovasculares, destacando-se o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral, e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como as neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e de colo do útero; as doenças do aparelho respiratório, marcadamente as pneumonias; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para diabetes; e as causas externas.

Entretanto, apesar dos dados encontrados, quando pesquisamos sobre programas de saúde, há um foco maior nas neoplasias mencionadas anteriormente. Campanhas como o *Outubro Rosa* e o *Março Lilás* têm sido bem-sucedidas em aumentar a conscientização sobre o câncer de mama e de colo de útero, mas essas iniciativas não refletem as necessidades mais prementes de saúde das mulheres. Isso levanta questões sobre o alinhamento das políticas de saúde com as reais causas de mortalidade feminina.

Este trabalho demonstra a necessidade de reavaliar as prioridades das políticas públicas, sugerindo uma expansão do foco para incluir a prevenção e o tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e doenças cardiovasculares. Essa análise destaca a importância de uma abordagem mais abrangente e espacializada, que não só mantenha os esforços de prevenção contra o câncer, mas que também amplie o foco para as condições que mais afetam a saúde e a vida das mulheres no Brasil. Arretche (2002) enfatiza que a eficácia das políticas públicas depende de sua capacidade de se adaptar às transformações sociais e às novas demandas populacionais. No caso das políticas de saúde feminina no Brasil, é evidente que uma nova abordagem é necessária para priorizar doenças crônicas não transmissíveis, que se apresentam como as principais causas de mortalidade.

**REFERÊNCIAS**

Arretche, M. (1998). **Tendências no estudo das políticas públicas no Brasil.** Cadernos de Pesquisa, 25(94), 65-78.

Arretche, M. (2002). **Política social no Brasil: descentralização em um Estado federativo**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, 17(49), 47-67.

Arretche, M. (2004). **Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos?**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, 19(54), 43-63.

ALBERT, Silmara Bruna Zambom *et al*. **Mortalidade de mulheres em idade fértil no Brasil de 2006 a 2019: causas e tendências.** Revista Brasileira de Estudos de População, v. 40, p. e0233, 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepop/a/CP6YdG3RxTqzXDBmyCRJK9x/>> Acesso em: 01 set. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013. 114 p.: il. Disponível em: <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas-1/arquivo33_pnpm.pdf>> Acesso em: 01 set. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes. 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** – Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004. 104 p. Disponível em: <<https://www.gov.br/mulheres/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas-1/arquivo1planonacionaldepoliticasparaasmulheres.pdf>> Acesso em: 01 set. 2024.

BUTZKE, L., THEIS, I. M., NEGHERBON, C. L., & BRITO, V. (2020). **Quem são as mulheres que pensam o desenvolvimento regional no Brasil? Elementos para a formulação de uma agenda de pesquisa**. COLÓQUIO-Revista do Desenvolvimento Regional, 17(2), 113-125. Disponível em: <<https://seer.faccat.br/index.php/coloquio/article/view/1665>> Acesso em: 8 jul. 2024.

FERNANDES, Ana Carolina Uruçu Rego; COSTA, Dayana Dourado de Oliveira; PEREIRA Mayara; GARCIA, Paola Trindade (Orgs.). **A Saúde da mulher e o Sistema Único de Saúde brasileiro**. UFMA: São Luís, 2014.

GOVERNO DO BRASIL. **Divulgação do perfil de morbimortalidade da unidade hospitalar. 2024.** Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos-estaduais/divulgacao-do-perfil-de-morbimortalidade-da-unidade-hospitalar-1>. Acesso em: 31 ago. 2024.

MARTINS, Thalyta Cássia de Freitas et al. **Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 26, n. 10 , pp. 4483-4496. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10852021>. ISSN 1678-4561. Acesso em: 13 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Módulos de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades**. Módulo 3: medida das condições de saúde e doença na população/Organização Pan-Americana da Saúde. 2010. 94 p.: il. 7 volumes. ISBN 978-85-7967-021-3. Disponível em: < [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo\_principios\_epidemiologia\_3.pdf>](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo_principios_epidemiologia_3.pdf%3E) Acesso em: 01 set. 2024.

RODRIGUES, Fernanda Odete Souza et al. **Epidemiologia da mortalidade por câncer de mama no Brasil entre os anos de 2009 e 2019 e a influência de aspectos socioeconômicos e demográficos.** Research, Society and Development, v. 10, n. 13, p. e296101321314-e296101321314, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21314/18922> Acesso em: 01 set. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. HIGH-LEVEL COMMISSION ON HEALTH EMPLOYMENT AND ECONOMIC GROWTH. Working for health and growth. Investing in the health workforce Geneva, Switzerland: WHO; 2016. Available from: http:// apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250047/9789241511308-eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 4 dez. 2023.