

**MULHERES SILENCIADAS: MORTALIDADE FEMININA POR
AGRESSÃO NO BRASIL, 2000-2017**Conceição de Maria Castro de Aragão^a<https://orcid.org/0000-0001-6886-3580>Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas^b<https://orcid.org/0000-0001-5064-2763>Malvina Thaís Pacheco Rodrigues^c<https://orcid.org/0000-0001-5501-0669>Jesusmar Ximenes Andrade^d<https://orcid.org/0000-0001-6107-858X>**Resumo**

Os óbitos femininos por agressão são ocasionados, muitas vezes, por indivíduos do sexo oposto, parceiros ou ex-parceiros das vítimas, havendo situações de abuso físico, sexual e psicológico. Neste trabalho, objetiva-se analisar a tendência temporal de mortalidade feminina por agressão e seus fatores no Brasil, de 2000 a 2017. Trata-se de um estudo de série temporal sobre mortalidade feminina por agressão, em todas as faixas etárias. Extraiu-se os dados do sistema de Informação sobre Mortalidade, e as informações populacionais foram obtidas por meio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Investigou-se as variáveis raça/cor de pele, idade, anos de estudo, local de ocorrência dos óbitos e o capítulo XX da CID-10, nas categorias com códigos de X-85 a Y-09 e Y-87. No período estudado, 75.113 mulheres morreram em decorrência de agressões. A maior parte delas tinha de 20 a 39 anos, autodeclaradas pardas (49,3%), com quatro a sete anos de estudo (27,7%), com óbito registrado com maior frequência em via pública e no domicílio

^a Psicóloga. Mestranda em Saúde e Comunidade. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: cmaragao1@hotmail.com

^b Enfermeiro. Doutor em Ciências Médicas. Docente e Coordenador do Programa de Pós-graduação em Saúde e Comunidade da Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: mdm.mascarenhas@gmail.com

^c Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente e Subcoordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde e Comunidade da Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: malvinat@gmail.com

^d Contador. Doutor em Controladoria e Contabilidade. Docente no Programa de Pós-graduação em Saúde e Comunidade da Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: jesusmar@ufpi.edu.br

Endereço para correspondência: Universidade Federal do Piauí. Avenida Frei Serafim, n. 2280, Centro. Teresina, Piauí, Brasil. CEP: 64000-020. E-mail: cmaragao1@hotmail.com

(28,8% e 28,6%, respectivamente). No mesmo período, ocorreu um aumento na tendência da taxa de mortalidade feminina por agressão no Brasil (*annual percent change* – APC: 1,09; IC95%: 0,07;2,12). Houve aumento percentual nas agressões por queimaduras/fumaça (APC: 4,99; IC95%: 3,25;6,76), objeto cortante (APC: 3,07; IC95%: 1,72;4,43) e enforcamento e afogamento (APC: 1,96; IC95%: 0,71;3,23). Conclui-se que o aumento na tendência da mortalidade feminina por agressão em algumas regiões do país, especialmente entre mulheres jovens, mostra a necessidade de políticas públicas e sociais mais adequadas às especificidades das diferentes regiões do Brasil.

Palavras-chave: Mulheres. Agressão. Mortalidade. Violência contra a mulher. Estudos de séries temporais.

SILENCED WOMEN: FEMALE MORTALITY FROM AGGRESSION IN BRAZIL

Abstract

Female deaths from aggression are often performed by the opposite gender, either partners or former partners of the victims, with situations of physical, sexual and psychological abuse. The objective of this article is to analyze the temporal trend of female mortality from aggression and its factors in Brazil from 2000 to 2017. This is a time series study on female mortality from aggression in all age groups in Brazil. Data from the Mortality Information System and population information obtained from the Brazilian Institute of Geography and Statistics were extracted. The variables race / skin color, age, years of study, place of occurrence of deaths and chapter XX of ICD-10 were investigated, in the categories with codes from X-85 to Y-09 and Y-87. In the study period, 75,113 women died from aggression. Most of the victims were from 20 to 39 years old, self-declared brown (49.3%), with four to seven years of schooling (27.7%), with death most frequently registered in public streets and at home (28.8 % and 28.6%, respectively). In the same period, there was an increase in the trend in female mortality from aggression in Brazil (*annual percent change* [APC]: 1.09; 95% CI: 0.07; 2.12). There was a percentage increase in burn / smoke aggressions (APC: 4.99; 95% CI: 3.25; 6.76), sharp object (APC: 3.07; 95% CI: 1.72; 4.43) and hanging and drowning (APC: 1.96; 95% CI: 0.71; 3.23). In conclusion, the increase in the trend of female mortality due to aggression in some regions of the country, especially among young women, shows the need for public and social policies that are more adequate to the specificities of the different regions of the country.

Keywords: Women. Aggression. Mortality. Violence against women. Time series studies.

Resumen

Las muertes de mujeres por agresión a menudo son realizadas por el sexo opuesto, parejas o exparejas de las víctimas, en situaciones de abuso físico, sexual y psicológico. Este estudio tuvo como objetivo analizar la tendencia temporal de la mortalidad femenina por agresión y sus factores en Brasil entre 2000 y 2017. Este es un estudio de series temporales sobre la mortalidad femenina por agresión en todos los grupos de edad en Brasil. Se obtuvieron datos del Sistema de Información de Mortalidad e información del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística. Se investigaron las variables raza/color de piel, edad, nivel de estudios, lugar de ocurrencia de las defunciones y el capítulo X de la CIE-10, en las categorías con códigos de X-85 a Y-09, e Y-87. Durante el período de estudio, 75.113 mujeres murieron a causa de agresión. La mayoría de ellas tenían entre 20 y 39 años, se declaraban pardas (49,3%), con cuatro a siete años de estudios (27,7%), y la muerte se registró con mayor frecuencia en las calles públicas y en el hogar (28,8% y 28,6%, respectivamente). En el mismo período, hubo un aumento en la tendencia de mortalidad femenina por agresión en Brasil (*annual percent change* APC: 1,09; IC95%: 0,07; 2,12). Hubo un aumento porcentual en las agresiones de quemaduras/humo (APC: 4,99; IC95%: 3,25; 6,76), objeto cortante (APC: 3,07; IC95%: 1,72; 4,43) y ahorcamiento y ahogamiento (APC: 1,96; IC95%: 0,71; 3,23). Se concluye que hubo un incremento en la mortalidad femenina por agresiones en algunas regiones del país, especialmente entre las mujeres jóvenes, lo que muestra la necesidad de políticas públicas y sociales más adecuadas a las especificidades de las distintas regiones del país.

Palabras clave: Mujeres. Agresión. Mortalidad. Violencia contra la mujer. Estudios de series temporales.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher não é um problema de ordem privada e/ou individual, uma vez que afeta mulheres de todas as etnias, religiões e classes socioeconômicas, sendo uma das situações cada dia mais discutidas na sociedade. Apesar de não ser um problema essencialmente contemporâneo, sua visibilidade é recente, tendo em vista que há aproximadamente 50 anos que se tem discutido a seriedade da violência sofrida por mulheres em suas relações¹.

Em uma sociedade cada vez mais marcada por condutas violentas, as mulheres são um dos grupos mais vulneráveis a esses comportamentos, juntamente com crianças e idosos^{2,3}. Essa violência é uma forma de abuso praticada no mundo todo e que vem crescendo globalmente ao longo dos anos⁴. A partir do final da década de 1980, mais de 90 mil mulheres

foram assassinadas no Brasil. A taxa de mortalidade de mulheres de 20 a 59 anos por agressão cresceu de 5,84 por mil mulheres em 2002 para 6,16 em 2012⁵.

Os óbitos femininos por agressão são provocados, na maioria das vezes, por indivíduos do sexo oposto, sendo esses parceiros ou ex-parceiros das vítimas, e havendo ainda situações de abuso físico e sexual, ameaças e intimidações⁶. Assim, conhecer a magnitude da mortalidade feminina por agressão fornece elementos para que a sociedade possa buscar formas de combater esse tipo de comportamento⁷.

Considerando que a violência tem relação com a prática cultural e que renda e educação não diminuem os riscos de sofrer violência⁸, afirma-se que a violência tem magnitudes epidêmicas no Brasil. Mesmo que sua dimensão ainda seja invisível em sua totalidade, esse problema não pode ser tratado limitando-se a apenas um setor². O tema da violência contra a mulher e, conseqüentemente, da mortalidade por essa causa vem sendo estudado nacional e internacionalmente^{9,10}, mas em decorrência da sua natureza complexa, da ocultação das relações violentas e de sua repetição, ainda há lacunas no seu conhecimento¹¹.

Analisar tais registros de mortalidade contribui para compreender essas situações, além de repensar práticas de proteção e promoção da saúde dessa população. Este estudo tem por objetivo analisar a tendência temporal de mortalidade feminina por agressão e seus fatores no Brasil de 2000 a 2017; calcular o coeficiente de óbitos de mulheres por violência; e caracterizar as vítimas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de série temporal sobre mortalidade feminina por agressão em todas as faixas etárias no Brasil, no período de 2000 a 2017. Extraiu-se os dados referentes aos óbitos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Ministério da Saúde/Departamento de Análise e Tabulação de Dados do Sistema Único de Saúde (DataSUS), e obteve-se as informações populacionais referentes ao número de mulheres residentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mediante a projeção da população do Brasil e das unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030.

Analizou-se os casos de acordo com as seguintes características, em todas as regiões do país:

- a) Das vítimas
 - idade (em anos: 0 a 9; 10 a 19; 20 a 39; 40 a 59; 60 e mais)
 - raça/cor da pele (branca; negra [preta e parda]; outras [amarela e indígena]);
 - anos de estudo (nenhum; 1 a 3; 4 a 7; 8 a 11; 12 e mais; ignorado);

- b) Do local de ocorrência (hospital, outro estabelecimento de saúde, via pública, domicílio, outros, ignorado)
- c) Da causa de morte segundo o capítulo XX da CID-10, agrupadas de acordo com a categoria (agressão por produtos químicos, enforcamento e afogamento; arma de fogo; queimaduras/fumaça; objeto cortante e outros).

Calculou-se a taxa de mortalidade por ano e por região do Brasil, usando-se no denominador o total de mulheres menores de um ano a maiores de 80 anos por região, para cada ano no período estudado, multiplicando-se por 100 mil.

Exportou-se os dados para análise pelo programa Stata¹². Para a análise de tendência temporal, aplicou-se o modelo de regressão linear de Prais-Winsten, com variação percentual anual (*anual percent chance* – APC) e seus intervalos de confiança a 95% (IC95%). As tendências das taxas foram crescentes quando $p < 0,05$ e coeficiente da regressão positivo; decrescente quando $p < 0,05$ e coeficiente da regressão negativo; e estável quando $p > 0,05$ ¹³. O nível de significância estatística foi atestado quando $p < 0,05$.

Por se tratar de um banco de domínio público, não foi necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa.

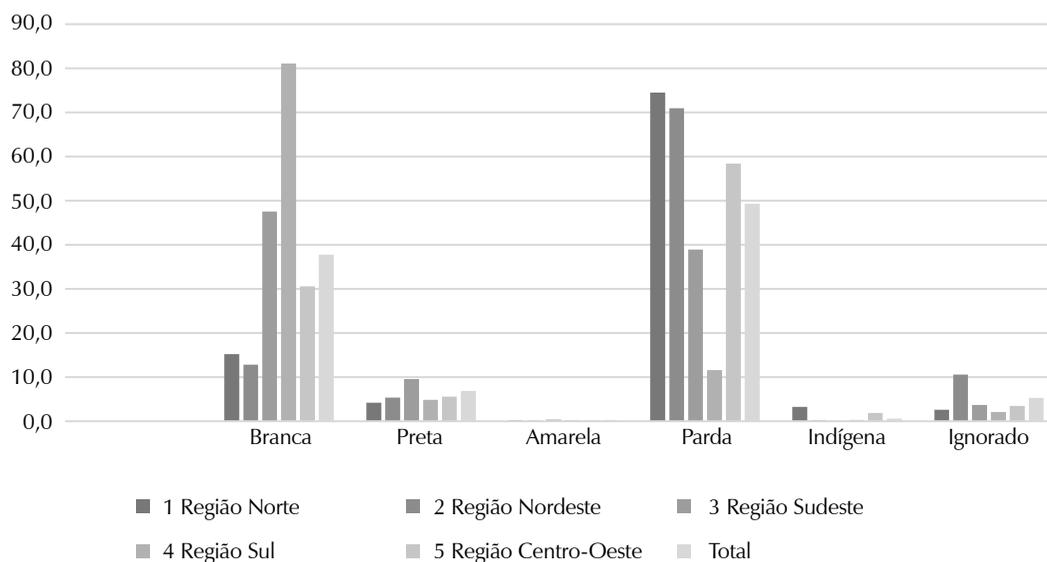
RESULTADOS

De 2000 a 2017, no Brasil, ocorreram 75.113 mortes de mulheres em decorrência de agressões. Em todas as regiões do país, a faixa etária mais atingida foi a de 20 a 39 anos, chegando a 29,8% do total de óbitos.

A maior parte das vítimas eram autodeclaradas pardas (49,3%) (**Gráfico 1**), com exceção da região Sul (onde 81,1% dos óbitos foram de mulheres brancas, reflexo da composição populacional dessa região), e apresentavam de quatro a sete anos de estudo (27,7%). A via pública e o domicílio foram os locais de ocorrência mais frequentes (28,8% e 28,6%, respectivamente). Disparo de arma de fogo (46,3%) e o uso de objeto perfurocortante (24%) foram as categorias CID-10 com maior percentual de meio utilizado para agressão.

Com relação à taxa de mortalidade feminina por agressão no Brasil, as maiores taxas foram registradas nos anos de 2012, 2013 e 2014, totalizando 4,6 por 100 mil habitantes em cada um deles, e 4,7 por 100 mil habitantes em 2017. A região Centro-Oeste apresentou as maiores taxas por 100 mil habitantes, chegando a 6,61 em 2011 e a 7,01 no ano de 2014. Em 2017, a região Norte apresentou taxa de mortalidade de 6,81 por 100 mil habitantes, sendo a mais alta do ano, ultrapassando o coeficiente de mortalidade feminina por agressão do país no mesmo período.

Gráfico 1 – Mortalidade feminina por agressão no Brasil, segundo cor de pele, 2000-2017. Teresina, Piauí – 2019



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade.

De 2000 a 2017, foi verificado aumento na tendência da taxa de mortalidade feminina por agressão no Brasil (APC: 1,09; IC95%: 0,07;2,12). Observou-se ainda que o Norte (APC: 4,66; IC95%: 3,55;5,78) e o Nordeste (APC: 4,10; IC95%: 3,16;5,05) tiveram os maiores aumentos na tendência no período estudado, enquanto o Sudeste foi o único a sofrer redução significativa (APC: -2,70; IC95%: -3,31; -2,08) (**Tabela 1**).

Tabela 1 – Tendência da mortalidade feminina no Brasil por mecanismo de agressão, faixa etária e região, 2000 a 2017. Teresina, Piauí – 2019

(continua)

	Taxa de mortalidade		RR	APC	IC95%	Valor p	Tendência
	2000	2017					
Total	4,2	4,7	1,1	1,09	0,07; 2,12	0,038	Crescente
Faixa etária							
0 a 9	0,6	0,8	1,3	1,55	-0,15;3,27	0,070	Estável
10 a 19	4,2	4,7	1,1	1,09	0,07;2,12	0,038	Crescente
20 a 39	6,7	7,5	1,1	1,27	-100,0;2,55	0,050	Estável
40 a 59	4,3	4,2	1,0	-	-	-	-
60 e mais	2,6	2,5	1,0	-0,28	-0,97;0,42	0,406	Estável

Tabela 1 – Tendência da mortalidade feminina no Brasil por mecanismo de agressão, faixa etária e região, 2000 a 2017. Teresina, Piauí – 2019

(conclusão)

	Taxa de mortalidade		RR	APC	IC95%	Valor p	Tendência
	2000	2017					
Região							
Norte	3	6,8	2,3	4,66	3,55;5,78	< 0,001	Crescente
Nordeste	3,1	6,1	2,0	4,10	3,16;5,05	< 0,001	Crescente
Sudeste	5,3	3,2	0,6	-2,70	-3,31; -2,08	< 0,001	Decrescente
Sul	3	4,4	1,5	1,30	-0,08;2,69	0,063	Estável
Centro-Oeste	5,6	5,6	1,0	1,50	0,36;2,66	0,013	Crescente
Mecanismo							
Agressão por produtos químicos	0,0	0,0	-	4,69	-1,60;11,38	0,136	Estável
Enforcamento e afogamento	0,2	0,3	1,5	1,96	0,71;3,23	0,004	Crescente
Arma de fogo	2,3	2,5	1,1	0,13	-1,32;1,59	0,856	Estável
Queimaduras/fumaça	0,0	0,1	-	4,99	3,25;6,76	< 0,001	Crescente
Objeto cortante	1,0	1,4	1,4	3,07	1,72;4,43	< 0,001	Crescente
Outros	0,6	0,4	0,7	-2,82	-5,37; -0,19	0,037	Decrescente

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade, 2019.

RR: Risco Relativo

ACP: Anual Percent Chance

IC: Intervalo de Confiança

Com relação às faixas etárias, apenas a de 10 a 19 anos apresentou incremento significativo (APC: 1,09; IC95%: 0,07;2,12). Foi verificado aumento percentual nas agressões por queimaduras/fumaça (APC: 4,99; IC95%: 3,25;6,76), objeto cortante (APC: 3,07; IC95%: 1,72;4,43) e enforcamento e afogamento (APC: 1,96; IC95%: 0,71;3,23) (**Tabela 1**). Mesmo que o percentual de óbitos por arma de fogo tenha sido o mais alto, tem-se que nos últimos anos a tendência de óbitos por enforcamento, queimaduras e objeto cortante aumentou significativamente entre o sexo feminino.

DISCUSSÃO

O presente estudo confirmou que o índice de mortalidade feminina por agressão no Brasil é elevado, observando que houve aumento na tendência de mortalidade feminina no país de 2000 a 2017, especialmente entre mulheres jovens e pardas. Os mecanismos de agressão que também apresentaram aumento foram enforcamento, objeto cortante e queimaduras/fumaça. A via pública e o domicílio foram os locais de ocorrência de maior destaque.

Sabe-se que o SIM não informa se os casos de óbitos femininos por agressão são feminicídios, suicídio ou homicídio, porém, estudos revelam que de 60 a 70% das agressões registradas contra mulheres são feminicídios¹⁴. Mesmo que no SIM não seja possível identificar

o sexo do agressor, o fato de se ter encontrado maior taxa de agressão em via pública e em domicílio corrobora a pesquisa sobre feminicídio no Brasil, de 2003 a 2007, realizada por Leites, Meneghel e Hirakata¹⁴, que constatou que as mulheres têm mais chance de vir a óbito por agressões relacionadas a questões de gênero.

Apesar das notificações de violência contra a mulher terem aumentado ao longo dos anos no Brasil, ainda há uma subnotificação desses casos que pode ser explicada pela chamada “invisibilidade da violência”, que atrapalha seu reconhecimento, constituindo-a como um problema velado¹⁵. Mesmo diante de uma prevalência elevada, ainda se considera insatisfatória a atenção às mulheres em situação de violência¹⁶; esse fator é resultado do fenômeno da invisibilidade em alguns setores da saúde, que, em sua maioria, não são contemplados com instrumentais capazes de detectar o problema, dando ênfase apenas ao modelo biologicista, cujo foco principal é o dano físico¹⁰.

A maior parte das mulheres mortas por agressão já havia sofrido repetidos episódios de violência, mostrando que esses comportamentos violentos são repetitivos e vão se tornando mais graves no decorrer do tempo. Esses dados mostram uma fragilidade nas redes de atenção e proteção às mulheres em situação de violência¹⁷. Um estudo realizado por Soares e Lopes¹⁸, com mulheres que foram atendidas em decorrência de situações de violência, mostrou que a maioria das entrevistadas buscou serviços e/ou profissionais de saúde e que o procedimento utilizado foi meramente medicamentoso, reforçando a ideia da medicalização da violência como alternativa dominante; essa mesma pesquisa mostrou a insatisfação das mulheres com o acolhimento, caracterizado por serviços isolados, despreparo e profissionais sem qualificação para atender mulheres em situação de violência, sendo, por vezes, frequente o descaso e a negligência nesses setores.

As mulheres jovens são as principais vítimas, e as mortes nessa faixa etária trazem mais ônus para a família das vítimas, além de prejuízos socioeconômicos em decorrência da perda dos anos de vida para esse grupo de pessoas¹⁹⁻²¹. É válido ainda destacar que mulheres em situação de violência apresentam períodos de ausência no ambiente de trabalho, baixa produtividade e atrasos, situações essas que interferem em suas atividades laborais, podendo torná-las dependentes financeiramente de seus agressores²².

As mulheres notificadas por violência apresentam maior risco de ir à óbito por agressão que a população feminina geral, revelando a presença de vulnerabilidade para essa população²³. É possível explicar essa situação de agressão contra mulheres por questões de gênero que foram construídas socialmente, gerando desigualdades, discriminações e subordinação da mulher perante o homem²⁴.

Um estudo realizado por Garcia e Silva², no período de 2011 a 2013, mostrou que o principal meio de agressão que levou mulheres à óbito foi o uso de arma de fogo (49%), seguido de instrumento cortante ou penetrante (34%). Já no presente estudo, mesmo a taxa de óbitos por arma de fogo tendo sido a maior (46,3%), os meios de agressão que apresentaram uma tendência de crescimento no período analisado foram as lesões por enforcamento, queimaduras e objeto cortante.

O aumento da tendência de enforcamento nos sugere que sejam tentativas de suicídio, o que corrobora o estudo de Ribeiro et al.²⁵, que constatou maior incidência de tentativa de suicídio na população feminina de 15 a 19 anos (49,6 casos por 100 mil hab./ano). Os dados do estudo supracitado demonstraram que a maior incidência de óbitos femininos ocorreu por meio de agressão através da ingestão de medicamentos, totalizando 10,3 tentativas de suicídio por 100 mil hab./ano, resultado divergente do presente estudo, que mostrou uma tendência de crescimento de enforcamento entre as autoagressões femininas; o resultado deste estudo também se opõe aos encontrados por Garcia e Silva², em cuja pesquisa sobre mortalidade feminina por agressão, de 2011 a 2013, o enforcamento foi registrado em apenas 6% dos casos.

O aumento na tendência do meio de agressão por objeto cortante corrobora o estudo realizado por Garcia e Silva², no qual um terço da população feminina analisada, no período de 2011 a 2013, foi a óbito por meio de agressão com objeto cortante, penetrante ou contundente.

Sobre o aumento da tendência dos óbitos femininos pelo mecanismo de queimadura/fumaça, mesmo que não pareça um episódio comum, somente em 2013, 4.717 mulheres brasileiras foram vítimas de homicídio por essa causa²⁶. O assassinato brutal da dentista queimada viva em seu consultório chocou o país pela sua crueldade e barbárie na “civilizada” metrópole São Paulo²⁷.

No Nordeste brasileiro, a morte por fogo é uma ameaça constante e por vezes banalizada na realidade de mulheres empobrecidas, discriminadas, esquecidas e repudiadas pela sociedade²⁸. Um estudo realizado por Arruda, Braide e Nations²⁷ nessa região do país mostrou, através de relatos de mulheres que sobreviveram a essas agressões, que os motivos que levaram a tamanha crueldade foram ciúmes e violência doméstica. As consequências dessa barbaridade na vida daquelas que sobrevivem perpassam pelo sofrimento social, desmoralização e apresentam uma forte carga emocional, estigma e vergonha.

Mesmo que ainda não seja possível falar em erradicação das diversas formas de violência contra a mulher, é importante destacar que vozes silenciadas por séculos podem hoje ser escutadas²⁹. Nesse sentido, com o intuito de contribuir para a redução da mortalidade

feminina por violência, algumas medidas vêm sendo tomadas para que esse problema seja reconhecido como de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde orienta e reforça a necessidade de notificação de casos de violência doméstica, sendo um procedimento obrigatório, assim como o acolhimento integral e adequado à mulher e seu reconhecimento enquanto sujeito de direitos³⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar a tendência temporal de mortalidade feminina por agressão e seus fatores no Brasil de 2000 a 2017, conclui-se que o aumento na tendência da mortalidade feminina por agressão em algumas regiões do país, especialmente entre mulheres jovens, revela a necessidade de políticas públicas e sociais mais adequadas às especificidades das diferentes regiões; tal fato é agravado por serem mortes evitáveis. É preciso maior atenção ao aumento de casos de enforcamento, queimaduras e uso de objetos cortantes, porém, não se pode esquecer os demais casos de violência contra a mulher que também levam a óbito, como a violência física e sexual.

Mesmo havendo diversas campanhas e leis de proteção à mulher, a mortalidade feminina por agressão ainda tem aumentado nos últimos anos. Dessa forma, se faz necessário reduzir as condições que favorecem a violência em todo o território brasileiro, considerando as diferenças regionais, assim como integrar setores como saúde, educação, assistência social, setor econômico e jurídico, para atuarem juntos no enfrentamento da violência contra a mulher, além da punição dos agressores de forma mais rápida e eficaz.

Espera-se que este estudo possa contribuir para que os casos de óbitos femininos por agressão e a violência contra a mulher não permaneçam na invisibilidade, auxiliando na divulgação de dados atuais sobre a mortalidade de mulheres por essa causa, e, assim, que as mulheres por tanto tempo silenciadas possam ser ouvidas, acolhidas e protegidas.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto ou análise e interpretação dos dados: Conceição de Maria Castro de Aragão, Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas, Malvina Thaís Pacheco Rodrigues e Jesusmar Ximenes Andrade.

2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Conceição de Maria Castro de Aragão, Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas, Malvina Thaís Pacheco Rodrigues e Jesusmar Ximenes Andrade.

3. Revisão e /ou Aprovação final da versão a ser publicada: Conceição de Maria Castro de Aragão, Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas, Malvina Thaís Pacheco Rodrigues e Jesusmar Ximenes Andrade.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Conceição de Maria Castro de Aragão, Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas, Malvina Thaís Pacheco Rodrigues, Jesusmar Ximenes Andrade.

REFERÊNCIAS

1. Guimarães MC, Pedrosa RLS. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. *Psicol Soc.* 2015;27(2):256-66.
2. Garcia LP, Silva GBM. Mortalidade de mulheres por agressão no Brasil: perfil e estimativas corrigidas (2011-2013). Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2016.
3. Meneghel SN, Hirakata VN. Femicídio: homicídios femininos no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2011;45(3):564-74.
4. Watts C, Zimmerman C. Violência contra as mulheres: alcance global e magnitude. *Lancet.* 2002;359(9313):1232-7.
5. Leite FMC, Mascarello KC, Almeida APS, Fávero JL, Santos AS, Silva ICM, et al. Análise da tendência da mortalidade feminina por agressão no Brasil, estados e regiões. *Ciênc Saúde Colet.* 2017;22(9):2971-8.
6. World Health Organization. Understanding and addressing violence against women [Internet]. Genebra; 2012 [citado em 2021 abr 7]. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/en/
7. Alazraqui M, Spinelli H, Zunino MG, Souza ER. Calidad de los sistemas de información de mortalidad por violencias en Argentina y Brasil – 1990-2010. *Ciênc Saúde Colet.* 2012;17(12):3279-87.
8. Guimaraes CF, Meneghel SN, Zwetsch BE, Silva LB, Grano MS, Siqueira TP, et al. Homens apenados e mulheres presas: estudo sobre mulheres de presos. *Psicol Soc.* 2006;18(3):48-54.
9. Rodrigues CS, Ishitani LH, Almeida MCM, Evangelista PA, Ladeira RM. Qualificação das informações sobre acidentes de trânsito em BH: subsídios às ações de intervenção. In: Magalhães Júnior HM, organizador. *Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008.* Belo Horizonte (MG): Mazza; 2010. p. 485-98.
10. Schraiber L, D'Oliveira AFPL, Portella AP, Menicucci E. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. *Ciênc Saúde Colet.* 2009;14(4):1019-27.

11. Rodrigues CS, Malta DC, Godinho T, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Silva RE. Acidentes e violências entre mulheres atendidas em Serviços de Emergência Sentinela – Brasil, 2009. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(9):2319-29.
12. StataCorp LP. *Stata*, versão 14. College Station; 2015.
13. Antunes JLF, Cardoso MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(3):565-76.
14. Leites GT, Meneghel SN, Hirakata VN. Homicídios femininos no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(3):642-53.
15. Garcia-Moreno C, Jansen H, Elsberg M, Heise L, Watts C. *Who multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Genebra: World Health Organization; 2005.
15. Dias ARC, Machado C. Gênero e Violência conjugal – Uma relação cultural. *Anál Psicol*. 2008;26(4):571-86.
16. Grana SJ. Socioestrutural considerations of domestic femicide. *J Fam Violence*. 2001;16(4):421-35.
18. Soares JSF, Lopes MJM. Experiências de mulheres em situação de violência em busca de atenção no setor saúde e na rede intersetorial. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(66):789-800.
19. Fernandes MCC. A tutela penal patriarcal: por que a criminalização do feminicídio não é uma conquista para o feminismo? *Revista Transgressões*. 2015;3(1):131-49.
20. Vilella WV, Vianna LAC, Lima LFP, Sala DCP, Vieira TF, Vieira ML, et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. *Saúde Soc*. 2011;20(1):113-23.
21. Garcia LP, Freitas LRS, Silva GDM, Hofelmann DA. Estimativas corrigidas de feminicídios no Brasil, 2009 a 2011. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(4/5):251-7.
22. Miranda MPM, Paula CS, Bordin IA. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. *Rev Panam Salud Pública*. 2010;27(4):300-8.
23. Barufaldi LA, Souto RMCV, Correia RSB, Montenegro MMS, Pinto IV, Silva MMA, et al. Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(9):2929-38.
24. Albarran J. Referentes conceptuales sobre femicidio/feminicidio: su incorporación en la normativa jurídica Venezolana. *Comunidad y Salud*. 2015;13(2):75-80.

25. Ribeiro NM, Castro SS, Scatena LM, Haas VJ. Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. *Texto contexto – enferm.* 2018;27(2):1-11.
26. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012. Atualização: homicídio de mulheres no Brasil [Internet]. Brasília (DF); 2012 [citado em 2019 dez 27]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/mapa-da-violencia-2012-atualizacao>
27. Arruda CN, Braide ASC, Nations M. “Carne crua e torrada”: a experiência do sofrimento de ser queimada em mulheres nordestinas, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(10):2057-67.
28. Rebhun LA. *The heart is unknown country: love in the changing economy of Northeast Brazil.* Palo Alto: Stanford University Press; 2002.
29. Lima DC, Buchele F, Climaco DA. Homens, gênero e violência contra a mulher. *Saúde Soc.* 2008;17(2):69-81.
30. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [Internet]. Genebra; 2013 [citado em 2019 out 10]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf

Recebido: 20.1.2020. Aprovado: 13.11.2020.