

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE**

MICHELE ROSE DO NASCIMENTO

**MORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL POR AGRESSÕES NO
BRASIL NO PERÍODO DE 2002 A 2012**

**Recife
2021**

MICHELE ROSE DO NASCIMENTO

**MORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL POR AGRESSÕES NO
BRASIL NO PERÍODO DE 2002 A 2012**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Área de concentração: Gestão e economia da saúde

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Tatiane Almeida de Menezes

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes

Recife

2021

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

N244m

Nascimento, Michele Rose do

Mortalidade de mulheres em idade fértil por agressões no Brasil no período de 2002 a 2012 / Michele Rose do Nascimento. - 2021.
60 folhas: il. 30 cm.

Orientadora: Prof.^a Dra. Tatiane Almeida de Menezes e Coorientadora Prof.^a Dra. Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes.

Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2021.

Inclui referências.

1. Violência contra a mulher. 2. Mortalidade. 3. Agressão. I. Menezes, Tatiane Almeida de (Orientadora). II. Fernandes, Flávia Emília Cavalcante Valença (Coorientadora). III. Título.

330.9 CDD (22. ed.)

UFPE (CSA 2022 – 001)

MICHELE ROSE DO NASCIMENTO

**MORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL POR AGRESSÕES NO
BRASIL NO PERÍODO DE 2002 A 2012**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

APROVADA EM 15/01/2021

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Maira Galdino da Rocha Pitta (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^º. Dr^º. César Augusto Souza de Andrade (Examinadora Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^º. Dr^º. Rodrigo Gomes de Arruda (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me acompanhar no desenvolvimento dessa dissertação me proporcionando serenidade, paz e iluminando minha mente, que foram cruciais

Agradeço à Professora Tatiane Menezes, minha orientadora, pela paciência e compreensão no desenvolvimento dessa dissertação.

Agradeço à Flávia Fernandes, minha Coorientadora, pela ajuda e paciência no desenvolvimento dessa dissertação.

Agradeço aos Professores do PPGGES por vivenciar um período rico de aprendizagem.

Agradeço a minha família por estar comigo e pela compreensão das dificuldades desse período.

Agradeço às minhas amigas (Nadja, Alexandra, Cileide, Pollyanna, Sara, Natali, Iara, Eli e Johana) e meu amigo Adriano pela força, compreensão e incentivo na realização desse objetivo.

Agradeço a minha querida Coordenadora Rosinha Barbosa pelo incentivo e compreensão, que foram fundamentais para seguir na caminhada da escrita.

Agradeço à Dayse pela escuta e incentivo que me proporcionaram a serenidade que precisava para seguir adiante.

Agradeço aos meus colegas do PPGGES pelos momentos vivenciados e compartilhamento.

RESUMO

A violência contra as mulheres, denominada “violência de gênero”, é uma violação dos direitos humanos, ocorre através de agressões e do homicídio/feminicídio, envolve toda ação de discriminação em relação ao gênero que ocasione dano ou sofrimento a mulher. Presente na história humana, ela foi naturalizada pelo patriarcado, ao colocar o feminino como inferior numa hierarquia de papéis e espaços de acordo com o sexo biológico. Para quebrar esse paradigma, aparece a questão de gênero, explicando-a como uma construção social de subordinação da mulher, podendo ser modificada. Essa violência, além de afetar a vítima, seus familiares e amigos, também impacta na área de saúde, na economia e no Estado. Diante dessa realidade o objetivo dessa dissertação foi analisar a mortalidade de mulheres em idade fértil no Brasil por agressões, no período de 2002 a 2012, de acordo com fatores sociodemográficos. A pesquisa foi realizada através de estudo descritivo, analisando as informações sobre os óbitos de mulheres em idade fértil através de variáveis sociodemográficas, temporais, regionais e macroeconômicas, disponíveis por meio do banco de dados do TABNET, no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Sistema Único de Saúde (SUS), e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD/IPEA e FJP). Observou-se que a agressão é uma das cinco primeiras causas de óbitos feminino e apresentando crescimento no período. Verificou-se que a maioria das mulheres assassinadas são solteiras (estado civil/informalidade conjugal), têm, em sua maioria, de 30 a 49 anos, com baixa escolaridade (ensino fundamental), são negras e residentes das Regiões Norte, Nordeste e parte do Centro-oeste do Brasil, locais que apresentam maior nível de vulnerabilidade sociodemográfica, conforme visto através de dados do Produto Interno Bruto - PIB Per Capita, Índice de Gini e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Além disso o principal meio de assassinato foi a arma de fogo. Já o local de óbito foi constatado tanto o domicílio quanto a via pública, mostrando que a residência não é um local seguro para a mulher, bem como incorpora o debate quanto à classificação de óbito feminino quanto a ser ou não um feminicídio resultante de violência de gênero (morte da mulher, por ser mulher), além de impactar na saúde, pois um número significativo de óbitos aconteceu num hospital (local de acesso a serviços especializados em urgência/emergência que são de alto custo). Percebeu-se que o país tem uma alta taxa de mortalidade da população feminina em idade reprodutiva, sendo a maioria dos óbitos decorrentes de causa/doenças consideradas evitáveis, mostrando um indicativo de

ocorrência de falhas em políticas públicas de prevenção, atendimento e acesso da mulher. A realidade em relação aos óbitos por agressões encontrado na pesquisa pode ser considerada gravíssima, além constatar que ela estar em expansão por todo território do Brasil, principalmente em grupos e áreas de vulnerabilidade social, evidenciando a ligação com as questões de desigualdade social em todos os aspectos sociodemográficos.

Palavras-chave: violência contra a mulher. Mortalidade. Agressão. Mulheres. Femicídio. Dados socioeconômicos.

ABSTRACT

Violence against women, called “gender violence”, is a violation of human rights, occurs through aggression and homicide/femicide, involves any action of discrimination in relation to gender that causes harm or suffering to women. Present in human history, it was naturalized by patriarchy, placing the feminine as inferior in a hierarchy of roles and spaces according to biological sex. To break this paradigm, the issue of gender appears, explaining it as a social construction of women's subordination, which can be modified. This violence, in addition to affecting the victim, their family and friends, also impacts the health area, the economy and the State. Given this reality, the objective of this dissertation was to analyze the mortality of women of childbearing age in Brazil due to aggression, in the period from 2002 to 2012, according to sociodemographic factors. The research was carried out through a descriptive study, analyzing information on the deaths of women of childbearing age through sociodemographic, temporal, regional and macroeconomic variables, available through the TABNET database, in the Mortality Information System (SIM) of the Unified Health System (SUS), and of the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), of the Department of Informatics of the SUS (DATASUS) and of the Atlas of Human Development in Brazil (UNDP/IPEA and FJP). It was observed that aggression is one of the five leading causes of female deaths and that it has increased in the period. It was found that most of the murdered women are single (marital status/marital informality), mostly between 30 and 49 years old, with low education (primary education), black and live in the North, Northeast and part of the Center-west of Brazil, places that present a higher level of sociodemographic vulnerability, as seen through data on the Gross Domestic Product - GDP Per Capita, Gini Index and Human Development Index (HDI). Furthermore, the main means of murder was the firearm. The place of death, on the other hand, was verified both at the home and the public road, showing that the residence is not a safe place for women, as well as incorporating the debate on the classification of female death as to whether or not it is a femicide resulting from violence gender (the woman's death, for being a woman), in addition to impacting on health, as a significant number of deaths occurred in a hospital (a place of access to specialized urgent/emergency services that are costly). It was noticed that the country has a high mortality rate, of the female population of reproductive age, with most deaths resulting from causes/diseases considered preventable, showing an indication of the occurrence of failures in public policies for prevention, care and access to woman. The reality in relation to deaths from aggression found in the research can be considered very

serious, in addition to noting that it is expanding throughout the territory of Brazil, mainly in groups and areas of social vulnerability, evidencing a connection with issues of social inequality in all sociodemographic aspects.

Keywords: violence against women. Mortality. Aggression. Women. Femicide. Socioeconomic data.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Variáveis utilizadas no estudo	29
Gráfico 1 – Evolução do percentual da mortalidade de mulheres em idade fértil, decorrente de agressão, de acordo com a faixa etária, no período de 2002 a 2012	33
Gráfico 2 – Evolução do percentual da mortalidade de mulheres em idade fértil, decorrente de agressão, de acordo com a raça/cor, no período de 2002 a 2012	34
Gráfico 3 – Evolução do percentual da mortalidade de mulheres em idade fértil, decorrente de agressão, de acordo com a escolaridade, no período de 2002 a 2012	35
Gráfico 4 – Evolução do percentual da mortalidade de mulheres em idade fértil, decorrente de agressão, de acordo com o estado civil, no período de 2002 a 2012	35
Gráfico 5 – Óbitos de mulheres em idade fértil no Brasil, decorrente de agressão no período de 2002 a 2012 por Categoria CID-10	36
Gráfico 6 – Local de ocorrência dos óbitos de mulheres em idade fértil no Brasil, decorrente de agressão, no período de 2002 a 2012	37
Gráfico 7 – Variação da taxa de mortalidade de mulheres em idade fértil, decorrente de agressão no período de 2002 a 2012	39
Mapa 1 – Mapa da taxa de mortalidade de mulheres em idade fértil por agressões no ano 2002	42
Mapa 2 – Mapa da taxa de mortalidade de mulheres em idade fértil por agressões no ano 2012	43

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Principais causas de óbitos de mulheres idade fértil no Brasil, de acordo com os Grupos do CID-10 31
- Tabela 2** – Características sociodemográficas da mortalidade de mulheres em idade fértil por agressão no período de 2002 a 2012 32
- Tabela 3** – correlações das variáveis socioeconômicas da taxa de mortalidade de mulheres em idade fértil por agressões, no período de 2002 a 2012 38
- Tabela 4** – Taxa de óbitos de mulheres em idade fértil por agressão por e dados socioeconômicos dos Estados (PIB Per capita, Índice de Gini e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 40

LISTA DE SIGLAS

ONU - Organização das Nações Unidas

OMS - Organização Mundial de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da mulher

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

CID - Classificação Internacional de Doenças

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

DATASUS - Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

FJP - Fundação João Pinheiro

PIB - Produto interno bruto

IDH - Índice de Desenvolvimento humano

STATA - Software for Statistics and Data Science

HIV - Human Immunodeficiency Virus

AVC - Acidente vascular cerebral

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS.....	18
2.1	OBJETIVO GERAL.....	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
3.1	O FEMINISMO E A VIOLÊNCIA DE GÊNERO.....	19
3.2	O IMPACTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA AS MULHERES	21
3.3	A MULHER NAS POLÍTICAS PÚBLICAS E O FEMINICÍDIO NO BRASIL.....	22
4	METODOLOGIA.....	27
5	RESULTADOS.....	30
5.1	A MORTALIDADES DAS MULHERES EM IDADE FÉRTIL NO BRASIL ENTRE OS ANOS DE 2002 E 2012 POR CAUSA.....	30
5.2	ANÁLISE DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICA DAS MULHERES EM IDADE FÉRTIL POR AGRESSÃO NO PERÍODO DE 2002 A 2012.....	32
5.3	ANÁLISE DAS CORRELAÇÕES DAS VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS DA TAXA DE MORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL POR AGRESSÕES, NO PERÍODO DE 2002 A 2012.....	37
5.4	ANÁLISE DA MORTALIDADE EM IDADE FÉRTIL DECORRENTE DE AGRESSÃO, POR ESTADOS, REGIÕES E INDICADORES MACROECONÔMICOS.....	38
6	DISCUSSÃO.....	44
7	CONCLUSÃO.....	52
	REFERÊNCIAS.....	54

1 INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres, denominada “violência de gênero”, é uma violação dos Direitos Humanos, em razão da condição de pessoa humana ser o requisito único para a dignidade e a titularidade de direitos, possuindo aspecto indivisível, interdependente e inter-relacionado, que envolve direitos civis e políticos, bem como os direitos sociais, econômicos e culturais (PIOVESAN; IKAWA, 2004). Ela consiste na opressão e crueldade contra o feminino, construídas e reproduzidas no cotidiano da humanidade, estando presente, em todas as classes sociais, raças, etnias e faixas etárias (NJAINÉ, 2013).

De acordo com Blay (2003) a violência contra a mulher expressa através da agressão e do assassinato feminino, bem como o estupro, sempre existiu ao longo da história dos países, variando sua intensidade de acordo com o contexto cultural, sendo menor naqueles que buscam a igualdade de gênero. Esse contexto tem por base a definição de uma condição de inferioridade da mulher dentro da sociedade ao longo da história, sendo o patriarcado, um dos principais causadores dessa realidade, pois se baseia na determinação de papéis sociais rígidos, culturalmente embasados nas diferenças biológicas entre o homem e a mulher (SANTOS; IZUMINIO, 2005). Para Beauvoir (1949), o conceito do que é ser mulher, foi construído histórico, social e culturalmente, não sendo estas características próprias, pois não existe uma natureza feminina ou um instinto biológico feminino.

Segundo Scott (1989), a questão de gênero, vai além do ambiente doméstico, pois também afeta a economia, as organizações políticas e a sociedade, ocorrendo assim uma interligação entre o ambiente interno e externo por meios, como legislação cultura, sociedade, instituições, entre outros. Tendo por base, as relações de poder, no qual o gênero, aparece nas relações sociais através das diferenças percebidas entre os sexos biológicos (SCOTT, 1989).

A violência de gênero, segundo a Declaração sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres (Resolução 48/104 de 1993), abrange toda ação que tenha por princípio uma discriminação de gênero que cause ou possa ocasionar “dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico para as mulheres, incluindo as ameaças de tais atos, a coação ou a privação arbitrária de liberdade, quer ocorra, na vida pública ou na vida privada” (ONU, 1993).

Para entender a violência de gênero, precisamos primeiro entender o que é violência. Essa, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é o intuito de causar lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação, ressaltando que nela existe a intenção de praticar o ato, seja através do uso da força física ou de poder, podendo ser concreta ou ameaça: contra si, outro indivíduo, grupo ou comunidade (KRUG *et al.*, 2002). A sua aprovação ou não, depende de normas sociais mantidas por usos e costumes naturalizados ou por aparatos (BRASIL, 2005). Ela é tão antiga quanto a humanidade, mas a preocupação com a sua erradicação ou uma nova condição de vida, é um fato contemporâneo (WAISELFISZ, 2015). Segundo a OMS, ela pode ser erradicada ou ter sua incidência diminuída, como é constatado em exemplos de sucessos no mundo, seja de projetos individuais, comunitários e políticas nacionais (KRUG *et al.*, 2002).

Entrelaçada entre questões sociais e problemas de saúde, a violência é em essência um problema social, que impacta na saúde do indivíduo em diversos âmbitos, como o desenvolvimento físico, emocional e espiritual, assim como a qualidade de vida (NJAINÉ, 2013). Como uma problemática de saúde no mundo, causa além dos impactos no indivíduo, atingindo também a sociedade, o Estado e a economia, sendo uma das principais causas de morte de pessoas entre 15 e 44 anos no mundo (KRUG *et al.*, 2002). Ainda na área da política de saúde, causa prejuízos, ao elevar a necessidade de gastos com estruturas hospitalares, emergência, assistência e reabilitação. Impacta na economia ao ser um dos fatores de absenteísmo no trabalho, além da qualidade de vida das pessoas (MINAYO, 2006). Essa situação afeta também, direta ou indiretamente, a área de previdência, acarretando gastos em decorrência do absenteísmo resultantes de lesões ou pensões em caso de óbitos (MENDES *et al.*, 2019).

Segundo a OMS (2011), as grandes diferenças nas condições de vida no mundo impactam nos problemas de saúde e na mortalidade. Nos países mais ricos, os óbitos mulheres ocorrem, em sua maioria, depois dos 60 anos. Já nos países mais pobres, há altas taxas de mortalidade femininas, principalmente do nascimento a idade reprodutiva. A presença de discriminação social e cultural, violências, exclusão, dificuldades de acesso a direitos e à liberdade aumentam a vulnerabilidade social e física que podem resultar em morte prematura ou no infanticídio feminino (OMS, 2011).

No Brasil, em relação à violência de gênero contra as mulheres, os dados estimados da mortalidade no país, entre os anos 2009 e 2011, mostram uma média de 5.772 homicídios

femininos por ano. Isso significa que morrem 477 mulheres assassinadas por mês, 16 por dia, 1 a cada uma hora e trinta e dois minutos (GARCIA *et al.*, 2015). Tendo como principais agressores: familiares, parceiros e ex-parceiros. Chegando ao dado de que 50,3% dos óbitos femininos foram perpetrados por um familiar da vítima, sendo os parceiros ou ex-parceiros, responsáveis por 33,2% do total (WAISELFISZ, 2015).

Os números dos bancos de dados em relação à violência de gênero no país não dão a dimensão de sua magnitude e gravidade real, pois eles ainda correspondem em geral aos casos graves (aqueles que chegaram a óbito ou geraram hospitalizações) (NJAINÉ, 2013). Essa divergência pode ter como causa a falta de denúncia pela vítima, decorrentes de fatores inibidores, como a vergonha da situação, preocupação com a criação dos filhos, medo de maior agressividade, vergonha da exposição e impressão de outras pessoas (DURÃES *et al.*, 2020). Bem como o medo de morrer, dependência financeira, a preocupação em manter a família estável, além do não reconhecimento de que está numa situação de violência (MENDES *et al.*, 2019).

Há outros pontos significativos nessa realidade, como a discriminação e o preconceito de gênero, que ocorre até em órgãos de proteção, como observado em registros de processos de vítimas de feminicídio, nos quais apareceram expressões de caracterização da culpabilidade da vítima, como críticas as características pessoais, alusões a sua saúde mental, prejulgamento moral, quanto a papéis sociais e ao vestuário (MENEGHEL e MARGARITES, 2017).

A existência desses contextos contribui para outra situação considerável que é a dificuldade de sair do ambiente opressor e violento, ocasionando assim a permanência e o retorno de mulheres para o agressor, devido principalmente aos fatores de ordem financeira, expresso na dependência econômica e a exclusão de direitos básicos de cidadania (AMARAL *et al.*, 2013). Considerada como crônica, a violência de gênero, tende a repetitividade e a se tornar gradualmente mais grave (BARUFALDI, 2017). Há indícios de que muitos óbitos poderiam ser evitados, diante do fato que vítimas de violência notificadas apresentam taxas de mortalidade mais elevadas do que a população feminina geral, pois em torno de 15,9% dos casos de homicídios possuíam notificações quanto a sofrerem violência (BARUFALDI *et al.*, 2017). E que mais da metade das assassinadas apresentaram um histórico de violência prévia e algumas registraram denúncia à polícia (MENEGHEL; MARGARITES, 2017).

Evidências como essas, são indicativos da existência de uma relação entre a violência contra mulher e a situação de vulnerabilidade socioeconômica (GONÇALVES *et al.*, 2020). Sendo a independência econômica um elemento do processo de empoderamento das mulheres, que pode abranger também o acesso a informações e direitos, aumento da autoestima e segurança pessoal para tomar decisões e compreensão que o seu sofrimento é um problema social (CERQUEIRA *et al.*, 2019).

Foi a constatação de cenários como esses e considerando o impacto da violência de gênero mundialmente que a Organização das Nações Unidas (ONU) incorporou a eliminação de todas as formas de violência contra mulheres e meninas dentro das metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável - Agenda 2030. A agenda é um plano de ação para as pessoas, o planeta e a prosperidade, que tem como objetivo número cinco: a igualdade de gênero, por meio do empoderamento de mulheres e meninas, do fim das formas de discriminação e da eliminação de todas as formas de violência nas esferas públicas e privadas (ONU, 2015).

Diante desse contexto, surgiu uma inquietação que motivou a realização de uma pesquisa sobre essa realidade. Estudar a morte da mulher em idade fértil é muito importante porque ela tem consequências de valor social, econômico, reprodutivo e produtivo (GOMES *et al.*, 2016). Verificar a realidade dos óbitos das mulheres em idade fértil, exposta pela análise dos dados, é evidenciar a sua saúde e as condições de vida da localidade, contribuindo para o planejamento de intervenções e adoções efetivas de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos (OLIVEIRA *et al.*, 2017). É tão importante pesquisar esse perfil de mortalidade que o Ministério da Saúde, considera obrigatória a investigação de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil, independentemente da causa, com o objetivo de verificar determinantes e causas (BRASIL, 2008).

O estudo de óbitos de mulheres por agressão contribui também para a formulação de políticas públicas de prevenção e intervenção, visando à preservação da vida e ao investimento eficiente do Estado além de fornecer informações epidemiológicas que possibilitem criar mecanismos de enfrentamento e atendimento na área de saúde, principalmente para a criação de medidas de prevenção. O processo de desenvolvimento desse estudo tem a intenção de verificar quais características sociodemográficas podem ser determinantes para aumentar a possibilidade de uma mulher ser assassinada?

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Analisar a mortalidade de mulheres em idade fértil no Brasil por agressões, no período de 2002 a 2012, de acordo com fatores sociodemográficos.

2.2. Objetivos específicos

- Descrever a evolução da mortalidade de mulheres no Brasil;
- Identificar as características sociodemográficas da mortalidade de mulheres no Brasil decorrentes de agressões;
- Verificar se há correlação entre características sociodemográfica na mortalidade de mulheres no Brasil por agressões;

3 Revisão Bibliográfica

3.1 O feminismo e a violência de gênero

O “feminismo” movimento de cunho social e político, que deu visibilidade as causas nocivas à realidade da população feminina (FARIAS, 2017). É sociocultural, luta por justiça, direitos humanos e equidade entre homens e mulheres, além da erradicação de violência e discriminação, dentro de uma estrutura de dominação de papéis impostos a homens e mulheres de acordo com o sexo (LISBOA, 2010). É um movimento libertário, lutando para além de novos espaços, mais principalmente por liberdade e autonomia para as mulheres poderem decidir sobre sua vida e seu corpo (PINTO, 2010). Não há um único modelo de movimento feminista, há sim uma perspectiva feminista que se traduz por diversos modelos, pois não é possível homogeneizar a realidade, que é bastante diferenciada (SAFFIOTI, 2001).

O movimento feminista teve início nos Estados Unidos nos anos 60, lutando pela emancipação e libertação da mulher. No Brasil, as primeiras reivindicações foram pelo direito do voto das mulheres e nas lutas operárias (ALVES; ALVES, 2013). A luta no país, durante os anos 70, evidenciou questões historicamente vivenciadas pelas mulheres no Brasil. Sendo os anos 80, considerados como muitos prósperos, na construção de uma agenda nacional de enfrentamento, com pautas como o combate à violência contra as mulheres, a igualdade em todos os espaços, o fim das opressões e reconhecimento das discriminações (FARIAS, 2017).

Um fato importante que impulsionou a mobilização feminista no Continente Europeu, na América do Norte e em outros países foi o “conceito de gênero”, sendo esse inovador em diversos sentidos, com a ideia de “direitos iguais à cidadania”, pressupondo igualdade entre os sexos, vendo a subordinação feminina como decorrente das maneiras como a mulher é construída socialmente, assim podendo ser modificado (PISCITELLI, 2002). A perspectiva feminista toma o gênero como categoria histórica, substantiva, analítica e adjetiva (SAFFIOTI, 2001).

A violência de gênero é complexa decorre de diversos fenômenos, no qual a ordem patriarcal de gênero constitui o aspecto cultural base de desigualdades, inclusive entre homens e mulheres (SAFFIOTI, 2001). Envolve, de acordo com o Artigo 2º da “Declaração sobre a eliminação da violência contra as mulheres (Convenção de Belém do Pará de 1994)”, a

violência física, sexual e psicológica. Dentro do ambiente doméstico inclui: maus tratos, mutilação genital feminina, abuso sexual de meninas, além de práticas tradicionais nocivas e de exploração às mulheres. No âmbito comunitário, abarca o assédio no trabalho e instituições, além do tráfico de mulheres e a prostituição forçada, podendo até o Estado ser um agente de violência, ao praticar ou tolerar a ocorrência em seu âmbito (ONU, 1993).

A introdução da violência de gênero contra a mulher na agenda da área da saúde ocorreu também pelo protagonismo do movimento feminista, com uma estratégia voltada para criar consciência de gênero nos mais diferentes ambientes e instituições (MINAYO, 2006). Sabe-se que a violência de gênero acontece em todas as classes sociais, porém as mulheres negras são as principais vítimas, pois elas vivenciam um conjunto de discriminações como sexismo, racismo, baixo poder econômico e menor ascensão social, além da dificuldade de acesso as instituições de proteção (FARIAS; ARAS, 2017).

Segundo Ribeiro (2016) mulheres negras vêm historicamente pensando a categoria mulher de forma não universal e crítica, devido a realidades distintas delas dentre as demais, pois na mesma época que mulheres brancas reivindicavam o direito ao voto e ao trabalho, as mulheres negras buscavam o reconhecimento como ser humano, mostrando assim que há uma diferença entre as vivências e abrangência do impacto sobre a vida de uma mulher quando se olha pelo âmbito gênero e raça/cor.

Diante disso também surge no Brasil, o levante chamado “feminismo negro”, movimento formado por mulheres negras, que expõe o mito da democracia racial no Brasil e os efeitos do colonialismo, revelando a existência e as consequências da ação conjunta do racismo estrutural, do sexismo e do capitalismo (SANTOS, 2017). O “feminismo negro” lutou e luta pelo reconhecimento positivo e pela equidade de direitos (FARIAS; ARAS, 2017).

O “feminismo negro” trabalha por meio da interseccionalidade na realização de suas pesquisas, visto que ela possibilita o exame detalhado das realidades sociais, evidenciando os processos de vulnerabilidades e exclusões ao relacionar fatos como gênero, raça, classe e sexualidade (CARDOSO, 2017). Para Ribeiro (2016), a interseccionalidade viabiliza a desconstrução das opressões, rompendo sua estrutura, pois ver como são intrínsecos a questão racial, de classes e para não ocorrer uma negação de identidades em relação à outra, pois isso causa danos as reivindicações das mulheres negras.

É nesse contexto que as estatísticas de gênero apresentam-se como uma forma de expor se há diferenças e desigualdades de oportunidade e acessos em decorrência de papéis atribuídos pela sociedade baseado no sexo biológico, como vêm sendo mostrado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), através das suas séries históricas, em que questões raciais e geográficas, entre outras distinções, são significativas e intrínsecas na estrutura social que dificultam a existência de uma sociedade igualitária (IBGE, 2018).

3.2 O impacto da violência de gênero contra as mulheres

Dados sobre os impactos e desdobramentos da violência contra as mulheres sem estudados e apresentados como a pesquisa realizada nos Estados Unidos, na qual foi constatado que anualmente, em decorrência da violência doméstica, o país têm um prejuízo anual de cerca de oito milhões de dias de trabalho remunerados. E que os custos anuais da violência contra a mulher, incluindo os assassinatos, cujo agressor são os parceiros íntimos, passam dos US\$ 5,8 bilhões por ano, somando as despesas médicas e de saúde mental, além de US \$ 1,8 bilhão devido às perdas de produtividade (CDC, 2003).

No Brasil foi visto em estudo, que em relação ao mercado de trabalho da mulher, a violência doméstica impacta negativamente no número de horas trabalhadas, ocasionando aproximadamente 18 dias de faltas ao ano, uma média de 7,9 milhões de horas perdidas, equivalente a um prejuízo de R\$ 64,4 milhões. Além de afetar também o salário, a estabilidade e a produtividade. Bem como na capacidade laboral e decisória, a autonomia, os períodos de empregabilidade, o absenteísmo, o nível de satisfação e o acesso ao emprego. Bem como tem efeito negativo sobre a saúde mental, o bem-estar e a autonomia financeira das mulheres. Evidenciando que além de ser, uma violação dos direitos humanos, a violência contra as mulheres, causa prejuízos para além das vítimas, sendo nociva a economia, alcançando o setor público e o privado (CARVALHO; OLIVEIRA, 2016).

Pesquisas também indicam que, quando ocorre violência física nos relacionamentos íntimos, geralmente está presente o abuso psicológico e, em mais de um terço, também a violência sexual, além disso, usualmente há múltiplos atos de agressão no decorrer de sua vida causando profundos impactos na saúde das mulheres (KRUG *et al.*, 2002). Adeodato et al.

(2005) verificaram, num estudo sobre “qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros”, a partir das mulheres que prestaram queixa na Delegacia da Mulher do Ceará, que a frequência da ocorrência de situações de violências, em quase 50% dos casos, era semanal.

Em relação à saúde psicológica dessas mulheres, 65% delas tinham altos escores em sintomas somáticos; 78% sintomas de ansiedade e insônia e 40% em sintomas de depressão, entre outras. Passaram assim a usar ansiolíticos ou anti-hipertensivos e o uso de medicamentos “para dormir”, sendo 40% maior que as mulheres não vítimas de violências domésticas. Chegando ao fato de que mulheres brasileiras adultas, que registraram episódios de violência nos serviços de saúde públicos, tem a probabilidade 151,5 vezes maior, de morrer por homicídio ou suicídio (FIGUEIREDO, 2019).

3.3 A mulher nas políticas públicas e o feminicídio no Brasil

Observando as legislações do Brasil, perceber que o papel atribuído à população feminina no país, igualmente nos outros países, destinava-se a uma posição de subordinação, ao papel de mãe e “restrição” ao ambiente doméstico. Nas antigas leis do Brasil, a condição de inferioridade feminina, em relação aos homens, era bem evidente. Começado pelas “Ordenações Filipinas”, que ficou em vigor no Brasil até 1917, nela além da mulher ser considerada propriedade do marido, ainda era permitido ao homem o direito de aplicar castigos físicos a sua mulher, podendo até matá-la, caso houvesse suspeita que ela era adúltera (PORTUGAL, 1595). No “Código Civil Brasileiro de 1916”, a mulher era considerada relativamente incapaz, subjugada ao pai e depois ao marido, sendo o homem o chefe da casa e responsável pela gestão dos bens dela (BRASIL, 1916).

Uma modificação aconteceu só em 1962, com o Estatuto da Mulher Casada, Lei nº 4121/1962, na qual foi revogada a condição de relativamente incapaz da mulher casada, e supriu da “Consolidação das Leis do Trabalho – CLT”, a dependência da autorização do marido para que a mulher casada pudesse acessar o mercado de trabalho (BRASIL, 1962). Já na Constituição de 1967, alterado pela emenda constitucional de 1969, ocorreu à proibição de diferenciação salarial e a proibição critérios de admissão por motivo de sexo ou estado civil (BRASIL, 1969).

Em relação ao “Código Penal”, até a década de 1970, a tese de legítima defesa da honra era aceita nos tribunais para inocentar maridos que assassinavam sua esposa (BRASIL, 1940). Havia também no “Código de Processo Penal”, que a mulher casada não poderia exercer o direito de queixa, sem a autorização do marido, salvo quando fosse contra ele, ou que esta estivesse separada. A revogação desse dispositivo, só ocorreu em 1997, com a Lei 9520 (BRASIL, 1997).

Os casos de violência doméstica eram considerados crimes de menor potencial ofensivo (Lei 9.099/1995), sendo a maior pena o pagamento de cestas básicas (IPEA, 2015). Em decorrência do descaso do Poder Judiciário e do atendimento nas delegacias, houve reações e reivindicações dos movimentos feministas no país em relação a essa realidade, culminando que em 1985, fosse implantada a primeira Delegacia da Mulher no Brasil no estado de São Paulo (IPEA, 2015). Durante o processo de redemocratização do país, a luta das mulheres buscou garantir espaços que possibilitassem o debate para suas demandas e o alcance de conquistas (ALVES e ALVES, 2013). Em novembro de 1985 em todo o Brasil, o movimento de mulheres reivindicava direitos frente à Assembleia Nacional Constituinte (BRAZÃO; OLIVEIRA, 2010).

Resultou que a Constituição de 1988 é uma das que mais garantem direitos para a mulher no mundo (PINTO, 2010). Nela, foram juridicamente erradicadas as práticas de discriminações sofridas pela mulher, ao ter em seu texto, a garantia perante a lei da igualdade de todos sem distinção em relação à “inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”, com destaque a questão de gênero no inciso I do Art. 5 que traz que “homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações”, sendo assim a base para o enfrentamento à violência de gênero no país (BRASIL, 1988).

Observa-se na política de saúde brasileira que a mulher foi incorporada nas primeiras décadas do século XX, mas limitada às demandas relativas, à gravidez e ao parto. Uma mudança significativa ocorreu em 1983, quando o governo brasileiro lançou o “Programa de Assistência Integral à Saúde da mulher - (PAISM)”, no qual constava uma avançada proposta, ao sair do aspecto de saúde materno-infantil para o atendimento de saúde integral da mulher (BRASIL 2011). No PAISM, foram incorporadas questões como os direitos sexuais e reprodutivos e a violência, fatos antes negligenciados no âmbito do serviço público (MINAYO, 2006).

Na década de 1990, apareceram questões como sexualidade, corpo da mulher e a saúde - antes ditas apenas de esfera privada -, agora também de âmbito público, tendo conquistas na abertura do mercado de trabalho para a mulher (ALVES; ALVES, 2013). Também nesse período ocorreram novas mobilizações visando ao enfrentamento a violência, pois não havia lei de proteção as vítimas de violência doméstica e familiar, ocasionando que esses crimes não sofressem interferências do Estado ou das sociedades, os quais muitas vezes eram encarados como naturais (CALAZANS; CORTES, 2011).

Em 2000, a Lei 2.372, trouxe à luz medidas protetivas para a mulher vítima de violência doméstica. No Brasil, o enfrentamento à violência contra as mulheres, durante muito tempo, constituía-se em ações isoladas e na capacitação de profissionais da rede de atendimento às mulheres em situação de violência e a criação de serviços especializados (Casas-Abrigo e Delegacias Especializadas) (BRASIL, 2011). A partir de 2003, com a criação da “Secretaria de Políticas para as Mulheres”, que segundo Lisboa (2010):

“Representou um importante marco para a constituição de políticas voltadas às mulheres, especialmente aquelas em situação de violência com a elaboração e implementação do I e II Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres (PNPM) e, em especial, da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e do Programa Mulher, Viver sem Violência” (LISBOA, 2010).

Desde esse marco o país passa a ter ações integradas, com a:

- Criação de normas e padrões de atendimento;
- Aperfeiçoamento da legislação;
- Incentivo à constituição de redes de serviços;
- Apoio a projetos educativos e culturais de prevenção à violência;
- Ampliação do acesso das mulheres à justiça e aos serviços de segurança pública (BRASIL, 2011).

Nesse ano, também foi criada a “Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres” que tinha a finalidade de estabelecer: “*conceitos, princípios, diretrizes e ações de*

prevenção e combate à violência contra as mulheres, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional” (BRASIL, 2011).

O enfrentamento é realizado através de políticas amplas e articuladas que abarquem a complexidade da questão, envolvendo vários componentes como a saúde, a segurança pública, a justiça, a educação, a assistência social e garantindo um atendimento qualificado e humanizado, dentre outros (BRASIL, 2011). Na Política Nacional, o enfrentamento compreende a criação e efetivação de legislações que expressem a punição e a responsabilização dos agressores, mas abarca também a assistência e garantia de direitos das mulheres:

- A Prevenção se desenvolve em ações para desconstrução de mitos e estereótipos de gênero e que modifiquem os padrões sexistas, inclui ações educativas e culturais que disseminem atitudes igualitárias e valores éticos a respeito das diversidades de gênero, raça/etnia, geracionais e de valorização da paz;
- Já a assistência e garantia de direitos das mulheres, buscam promover o atendimento humanizado e qualificado, através de efetuar a formação continuada de agentes públicos e comunitários, a criação de serviços especializados e a criação e o fortalecimento da rede de atendimento (funcionando de forma interligada por meio de uma assistência qualificada, integral e não-revitimizante)” (BRASIL, 2011).

Em 2006, é publicada a Lei 11.340 - Lei Maria da Penha, um marco no país para a promoção de um atendimento integral a mulher vítima de violência (IPEA, 2015). A denominação de “Lei Maria da Penha” vem do caso da brasileira Maria da Penha Fernandes Maia Fernandes, que foi ilustrador das violências vivenciadas por mulheres em seu cotidiano, e foi fundamental para a implementação da lei, que mudou a forma de intervenção do Estado frente aos casos de violência doméstica. Maria da Penha, aos 38 anos, ficou paraplégica ao sofrer pela segunda vez uma tentativa de homicídio efetuada por seu marido. A impunidade foi outro fato presente no caso, pois decorreram dezenove anos desde instauração do processo penal sem qualquer decisão definitiva dos tribunais brasileiros, levando Maria da Penha a processar

o Brasil, por omissão e negligência na Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos - OEA (PIOVESAN; IKAWA, 2004).

A “Lei Maria da Penha” foi criada com o intuito de possibilitar mecanismos preventivos e punitivos, em relação às situações de violência doméstica e familiar contra a mulher. Seja com medidas de proteção e assistência a mulher, como também que para que os órgãos governamentais implementassem, juizados de violência doméstica e familiar contra a Mulher, ampliando assim o acesso, além da oferta de um serviço especializado e maior celeridade nos processos (BRASIL, 2006). Nessa lei, há também a descrição das formas de violência contra a mulher. São elas:

- Violência física - tapas, empurrões, chutes, murros, perfurações, queimaduras, tiros, entre outros;
- Violência patrimonial - impedir de trabalhar, destruição de bens materiais, objetos, documentos, etc.;
- Violência sexual – constranger ou obrigar a presenciar, manter ou a participar de relação sexual, etc.;
- Violência moral - calúnia, difamação ou injúria, etc.;
- Violência psicológica - ameaça, humilhação, imposição, desvalorização, xingamentos, gritos, desprezo, desrespeito, entre outros (BRASIL, 2006).

Outra lei importante no enfrentamento a violência contra a mulher no Brasil foi a inserção do crime de “feminicídio” no âmbito jurídico do Brasil, por meio da Lei 13.104/2015, incorporada ao Código Penal brasileiro. Passando a criminalizar o homicídio de mulheres “por razões da condição de sexo feminino” como crime hediondo, enquadrado como homicídio qualificado (IPEA, 2015).

O agente perpetrador do feminicídio, na maioria absoluta dos casos é o homem, todavia o agressor também pode ser o próprio Estado, nesse caso a situação de violência acontece por meio de suas instituições e grupos organizados, ocorrendo através de “políticas sexuais de controle do corpo feminino e reprodução (procriação), violência sexual sistemática no caso das guerras e conflitos, e omissão perante os casos diretos” (ROMIO, 2019).

A inclusão do feminicídio na legislação do Brasil é considerado um progresso no enfrentamento a violência contra a mulher, principalmente na esfera doméstica, pois dá visibilidade as situações de violência contra as mulheres, ao atribuir caráter público ao fato, desconstruindo estereótipos, a naturalização e singularidade dos casos e assim expõe sua amplitude (AZEVEDO, 2019). Tido como um fenômeno social amplo e complexo, a sua disposição do “feminicídio” no Código Penal, é fator decisivo para o seu enfrentamento (FRANÇA; VELOSO, 2018).

O termo “feminicídio” compreende mortes específicas de mulheres, a sua inclusão na legislação do Brasil foi reivindicada pelos movimentos feministas desde os anos 70, visando dar visibilidade às mortes de mulheres por homicídio, causados pela sua condição mulher no contexto social, pois a classificação da morte como homicídio, não alcançava o fato que a levou a ser assassinada (ROMIO, 2019).

O entendimento de que o “feminicídio” é resultado de um histórico de violências, decorre da indispensável urgência na criação e efetivação de políticas de prevenção, diante da gravidade do problema, mas que ainda não alcançaram os locais de discussão junto aos governos com a intensidade e profundidade necessária a uma transformação (PRADO; SANEMATSU, 2017). Ele é um problema social e político, que revela a violação dos direitos das mulheres em sua forma mais cruel (MENEGHEL; MARGARITES, 2017). Pois os agentes públicos podem mudar uma determinada realidade, através de políticas públicas (LOBATO, 2006, p. 307). Que precisam estar embasadas em informações e análises confiáveis para serem efetivas (SECCHI, 2016). Sendo um mecanismo necessário para isso, realizar avaliações, que pode maximizar a eficácia, e obter eficiência na alocação de recursos (COHEN; FRANCO, 2013, P. 77).

4 Metodologia

Desenvolveu-se um estudo descritivo, numa abordagem quantitativa sobre a mortalidade de mulheres em idade fértil (dez a 49 anos) por agressões no Brasil. Com o objetivo de mostrar a dimensão dos assassinatos de mulheres, em relação ao total da mortalidade feminina em idade reprodutiva. Inicialmente foi realizado um estudo do total dos óbitos, usando

como catalogação epidemiológica, capítulos e grupos da Classificação Internacional de Doenças¹ (CID-10) que é um dispositivo usado para verificar a ocorrência de doenças com uma sistematização mundial seguindo as normas da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Eles são divididos em 20 Capítulos, agrupados por doenças e transtornos, organizado com base em sintomas e/ou causas do óbito. São subdividido em Grupos e Categorias, que são especificações mais profundas das causas mortis (BRASIL, 2017). O grupo da mortalidade por agressão, dentro da especificação da CID-10, pertencente ao Capítulo XX - Causas externas de mortalidade, nesse capítulo são inseridos os óbitos decorrentes de acidentes e violências.

Para esse estudo, além das referências sobre os óbitos, também foram averiguadas informações sociodemográficas, temporais, regionais e macroeconômicas, do período de 2002 a 2012, anos escolhidos por serem vistos como um tempo de estabilidade econômica² no país. Foram extraídas informações sobre os óbitos, disponíveis no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Sistema Único de Saúde, tendo como fonte inicial as Declarações de Óbitos, pois nelas são registradas as patologias e as relações existentes entre as doenças ou causas que levaram a morte.

Já os dados sociodemográficos e econômicos decorreram do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio da ferramenta de pesquisa de dados - TABNET, disponibilizadas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) e do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, pertencente ao Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, Brasil), ao Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e a Fundação João Pinheiro (FJP).

Nessa pesquisa, os óbitos decorrentes de agressão de mulheres em idade fértil foram a variável dependente. Já as variáveis independentes referem-se aos dados sociodemográficos, agrupadas conforme configuração abaixo:

Quadro 1 – Agrupação das variáveis independentes e dependentes utilizadas no estudo.

¹ Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, a Classificação Internacional de Doenças (CID) é a base para identificar tendências e estatísticas de saúde em todo o mundo e contém cerca de 55 mil códigos únicos para lesões, doenças e causas de morte. O documento fornece uma linguagem comum que permite aos profissionais de saúde compartilhar informações de saúde em nível global (Brasil, 2019).

² O Brasil teve um ciclo de crescimento econômico, no período de 2004 a 2014, a renda domiciliar per capita cresceu 34%, e teve um aumento no emprego formal para as mulheres, passando de 26,2% para 36,0% (ONU Mulheres, 2016).

Variáveis independentes	
Ano do óbito	
Inicial	2002
Final	2012
Faixa etária	
Adolescentes	10 a 14 anos e 15 a 19 anos
Jovens	20 a 29 anos
Adultas	30 a 39 anos e 40 a 49 anos
Raça/cor	
Mulheres brancas	Branças
Mulheres negras	pretas e pardas
Mulheres de outras raças	amarelas e indígenas
Escolaridade	
Ensino fundamental	nenhuma, 1 a 3 anos e 4 a 7 anos
Ensino médio	8 a 11 anos
Ensino superior	12 anos e mais
Estado civil	
Solteiras	solteiras, viúvas e separadas
Casadas	casadas e outros
Local de ocorrência	
Estabelecimentos de saúde	hospital e outro estabelecimento de saúde
Domicílio	domicílio
Via pública	via pública
Meios	
Arma de fogo	Disparo outras armas de fogo ou NE, disparo de arma de fogo de mão e disparo arma fogo de maior calibre
Arma branca	objeto cortante ou penetrante e p/meio de um objeto contundente
Por meios não especificados	meios não especificados
Por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação	meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação
Dados sociodemográficos e macroeconômicos	
PIB (Produto interno bruto) Per Capita	Dado do ano de 2012, disponibilizado pelo DATASUS
Índice de Gini	Dados do Censo do Brasil de 2010 do IBGE, disponibilizado pelo DATASUS
Índice de Desenvolvimento humano IDH	Dados do Censo do Brasil de 2010 do IBGE, disponibilizado pelo Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. PNUD Brasil, IPEA e FJP

Fonte: elaboração própria com base nos dados do MS/SVS/CGIAE – SIM, IBGE e PNUD/IPEA e FJP.

Foi verificada a incidência de mortes por agressões dentre o total de óbitos de mulheres em idade fértil no período, bem como no intuito de verificar as especificidades dos homicídios, foram analisadas as taxas médias por idade, faixas etárias, raça/cor, escolaridade e estado civil, além da ocorrência dos fatos relacionados aos dados sociodemográficos.

Observou-se também a taxa de óbito anual por 100 000 habitantes por Estados do Brasil, com intervalo de confiança de 95%. A correlação entre a taxa e os indicadores socioeconômicos foi testada por meio da correlação de SPEARMAN (correlação indicada pelo sinal do rho) para o período. Para todos os testes adotou-se significância de 5%. Para análise estatística, utilizou-se o software Stata 15. E também para a construção de gráficos e tabelas foi usado o Microsoft Office Excel 2019. Não foi necessário, submissão ao Conselho de ética, por trata-se da tabulação do estudo de dados secundários.

5 Resultados

5.1 A mortalidades das mulheres em idade fértil no Brasil entre os anos de 2002 e 2012 por causa

De 2002 a 2012, morreram 717.244 mulheres em idade fértil no Brasil, sendo 37.397 decorrentes de agressões. Esse tipo de mortalidade permaneceu no período, entre as cinco primeiras causas de mortes femininas, correspondendo a 5,21% do total, sendo superada pelas neoplasias malignas com 20,87%, os acidentes (8,76%), doenças cerebrovasculares (6,82%) e as causas mal definidas e desconhecidas mortalidade (6,64%) (Tabela 1).

Verificou-se, ao comparar os dados dos anos 2012 e 2002, que a mortalidade por agressões teve um crescimento significativo, resultando em 22,26%, ficando atrás apenas da influenza (26,20%) e das neoplasias malignas (24,87%), sendo seguida pelos acidentes (22,04%) e lesões autoprovocadas (20,90%). Já as Doenças cerebrovasculares, os Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada e as Causas mal definidas e desconhecidas mortalidade,

diminuíram em -18.00%, -26.20% e -51.96%, respectivamente. Observou-se que as quinze primeiras causas mortis, corresponderam a 75,40% do total de óbitos no período (Tabela 1).

Tabela 1 – Principais causas de óbitos de mulheres idade fértil no Brasil, de acordo com os Grupos do CID-10

Grupo CID 10	2002	2012	Varição	Percentual
			entre os anos 2002 e 2012	do total de mortes de 2002 a 2012
1. Neoplasias malignas	18.68%	22.46%	24.87%	20.87%
2. Acidentes	8.12%	9.54%	22.04%	8.76%
3. Doenças cerebrovasculares	7.44%	5.87%	-18.00%	6.82%
4. Agressões	4.96%	5.84%	22.46%	5.21%
5. Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	4.58%	4.83%	9.53%	4.76%
6. Causas mal definidas e desconhecidas mortalidade	9.98%	4.61%	-51.96%	6.64%
7. Doenças isquêmicas do coração	4.42%	4.49%	5.54%	4.46%
8. Outras formas de doença do coração	3.57%	3.09%	-10.01%	3.36%
9. Influenza [gripe] e pneumonia	2.48%	3.02%	26.20%	2.76%
10. Diabetes mellitus	2.44%	2.65%	12.79%	2.56%
11. Lesões autoprovocadas intencionalmente	2.00%	2.32%	20.90%	2.12%
12. Doenças do fígado	2.31%	2.08%	-6.44%	2.25%
13. Doenças hipertensivas	2.02%	1.88%	-3.08%	2.12%
14. Outras doenças bacterianas	1.60%	1.41%	-8.15%	1.42%
15. Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	1.55%	1.10%	-26.20%	1.29%

Fonte: elaboração própria com base nos dados do MS/SVS/CGIAE – SIM

5.2 Análise de características sociodemográfica das mulheres em idade fértil por agressão no período de 2002 a 2012

Ao analisar as características sociodemográficas, foi averiguado que as mulheres solteiras corresponderam à maior proporção, chegando a 68,44%. Na faixa etária destacaram-

se o óbito das mulheres adultas (de 30 a 49 anos) que chegaram a 45,77%. Evidenciou-se na escolaridade, que quanto menos estudo, maiores são os números de assassinatos, pois a maioria tinha até o ensino fundamental, alcançando 44,79%. Identificou-se na raça/cor que as mulheres negras, foram 53,40% das mulheres assassinadas nesse período (Tabela 2).

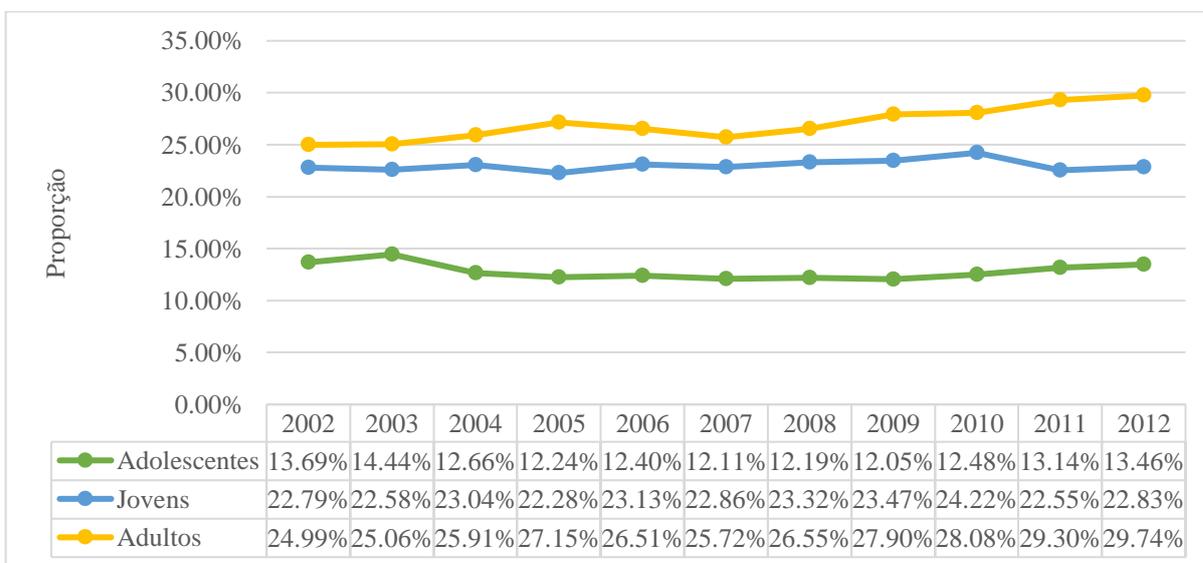
Tabela 2 – Características sociodemográficas da mortalidade de mulheres em idade fértil por agressão no período de 2002 a 2012

Características Sociodemográficas	Média	IC 95%	
Estado civil			
Casadas	20.75%	20.12%	21.38%
Solteiras	68.44%	67.72%	69.17%
Faixa etária			
Adultas	45.77%	45.01%	46.52%
Jovens	35.85%	35.12%	36.57%
Adolescentes	18.38%	17.80%	18.96%
Escolaridade			
Ensino superior	3.63%	3.35%	3.91%
Ensino médio	12.46%	11.96%	12.96%
Ensino fundamental	44.79%	44.01%	45.57%
Raça/Cor			
Negras	53.40%	52.61%	54.19%
Branças	40.27%	39.49%	41.06%
Outras	0.68%	0.55%	0.82%

Fonte: elaboração própria com base nos dados do MS/SVS/CGIAE – SIM

Examinando os percentuais de homicídios, constatou-se que a faixa etária mais prevalente foi a adulta, seguida de jovens e adolescentes. As mulheres adultas apareceram sempre, com o maior percentual de óbitos no período, com o menor de 22,99% (2002) e o maior de 29,74% (2012). O segundo lugar foi a jovem, que esteve entre as 22,28% (2005) a 23,47% (2009), já a adolescente, ficou em terceiro com 12,05% (2009) a 14,44% (2003) (Gráfico 1).

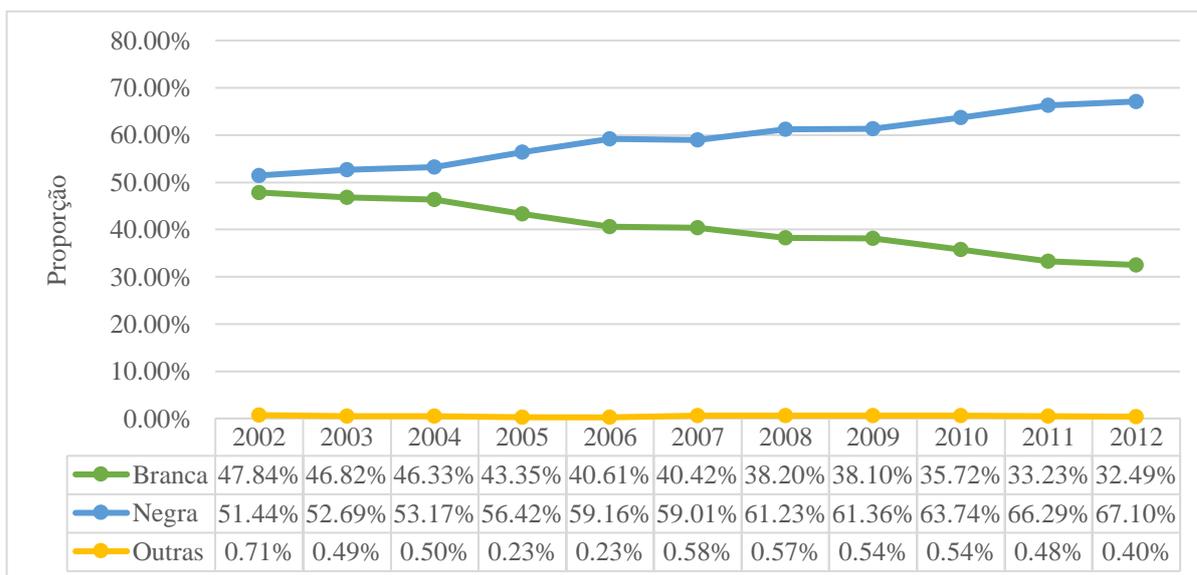
Gráfico 1 – Evolução do percentual da mortalidade de mulheres em idade fértil, decorrente de agressão, de acordo com a faixa etária, no período de 2002 a 2012



Fonte: elaboração própria com base nos dados do MS/SVS/CGIAE – SIM

Estudando a evolução por raça/cor dos assassinatos, identifica-se que no período de 2002 a 2012, a morte de mulheres negras sempre correspondeu ao maior número de homicídios, além de estarem em crescimento ao longo de todo o período, variando com o percentual mais baixo de 51,42% (2002) e o mais alto de 67,10% (2012). Com percurso diferente ao apresentar um trajeto de decréscimo, aparecem o óbito de mulheres brancas, que saiu de 47,84% (2002) para 32,49% (2012), e as outras raças/cor que caíram de 0,71% (2002) a 0,40% (2012). Em 2002, a diferença entre o número de assassinatos de mulheres negras em relação ao de mulheres brancas era de 7,53%, em 2012 passou a ser de 106,51% (Gráfico 2).

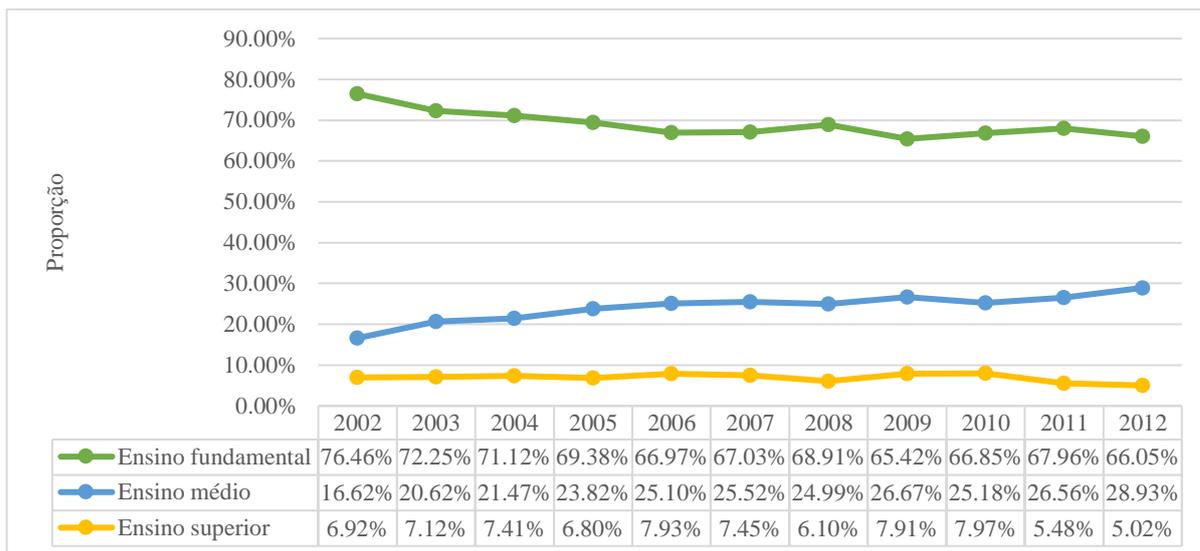
Gráfico 2 – Evolução do percentual da mortalidade de mulheres em idade fértil, decorrente de agressão, de acordo com a raça/cor, no período de 2002 a 2012



Fonte: elaboração própria com base nos dados do MS/SVS/CGIAE – SIM

A análise a partir da escolaridade possibilitou perceber que a baixa escolaridade no período correspondeu ao perfil da maioria das mulheres assassinadas, mesmo com os óbitos de mulheres com o ensino fundamental em declínio e a mortalidade de mulheres com o ensino médio apresentando crescimento, já o ensino superior, manteve-se em queda. Observou-se que o percentual do ensino fundamental variou do maior com 76,46% (2002) e o menor percentual de 66,05% (2012), apresentando um decréscimo. Já o ensino médio esteve em crescimento ao longo desse intervalo de tempo, variando em entre 16,62% (2002), chegando a 28,93% (2012). Já o ensino superior teve um período de oscilações, era 6,92% (2002) e 5,02% (2012), e o percentual máximo foi de 7,97% (2010) (Gráfico 3).

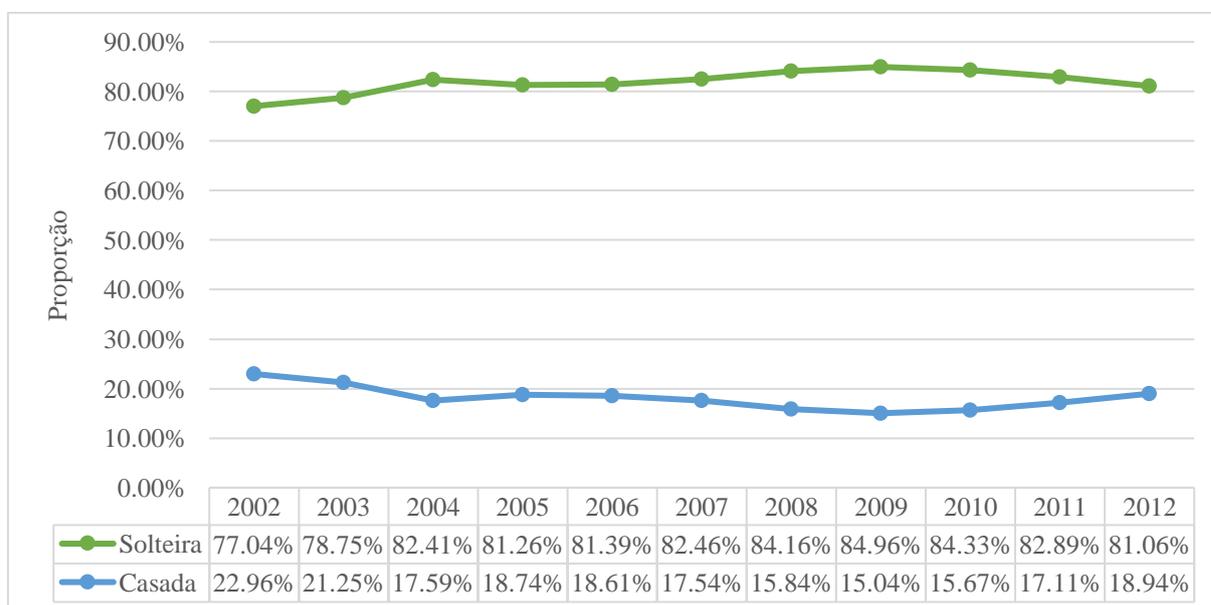
Gráfico 3 – Evolução do percentual da mortalidade de mulheres em idade fértil decorrente de agressão, de acordo com a escolaridade, no período de 2002 a 2012



Fonte: elaboração própria com base nos dados do MS/SVS/CGIAE – SIM

Quanto ao estado civil, percebeu-se que o óbito das mulheres solteiras representou a maioria ao longo do período, o maior percentual foi de 84,96% (2009) e o menor de 77,04% (2002). Já o assassinato de mulheres casadas teve como percentual máximo 22,96% (2002) e o mínimo de 15,04% (2009) (Gráfico 4).

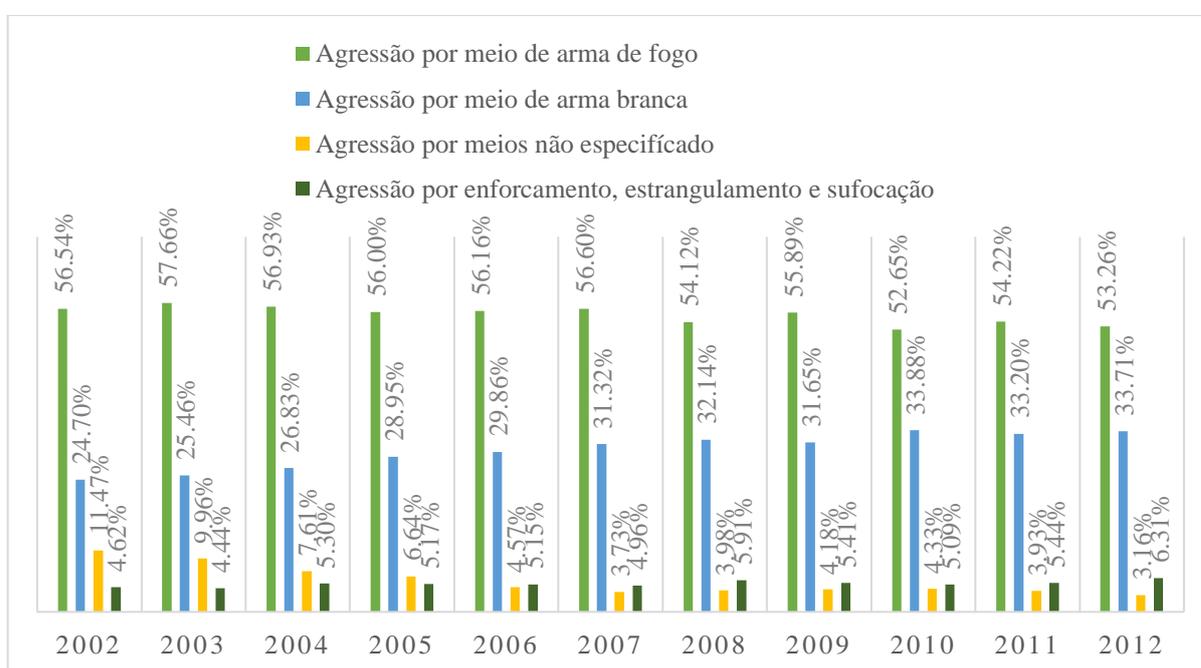
Gráfico 4 – Evolução do percentual da mortalidade de mulheres em idade fértil, decorrente de agressão, de acordo com o estado civil, no período de 2002 a 2012



Fonte: elaboração própria com base nos dados do MS/SVS/CGIAE – SIM

Ao analisar os meios que levaram a óbito por agressão, observou-se que mais de 96% das mortalidades são principalmente realizadas por quatro formas: “agressão por meio de arma de fogo”³, apareceu como a primeira forma de homicídio, sempre acima dos 50%. Seguida da “agressão por meio de arma branca”⁴, com mais de 24% e da “agressão por meios não especificados”, mas essa mostrou-se em redução de 11,47% (2002) a 3,16% (2012). Por último a “agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação” aumentou de 4,44% (2003) a 6,31% (2012) (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Óbitos de mulheres em idade fértil no Brasil, decorrente de agressão no período de 2002 a 2012 por Categoria CID-10



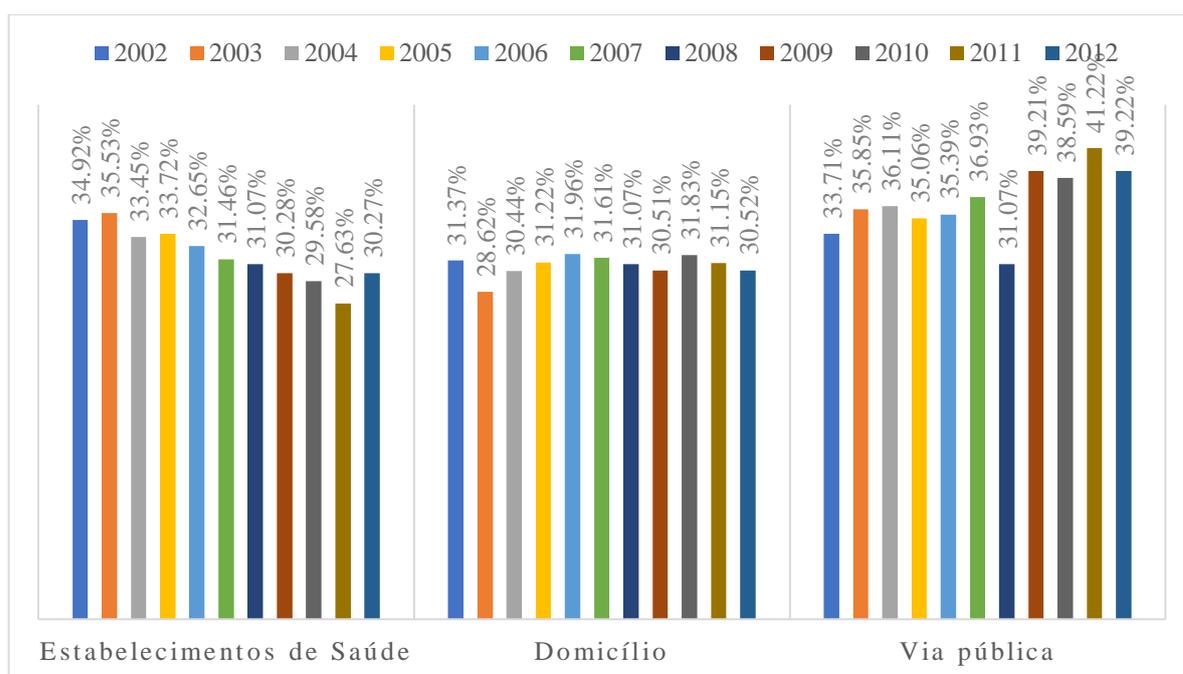
Fonte: elaboração própria com base nos dados do MS/SVS/CGIAE – SIM

³ “**Arma de fogo**”: de acordo com o Decreto, 1030/2019, arma que arremessa projéteis empregando a força expansiva dos gases, gerados pela combustão de um propelente confinado em uma câmara, normalmente solidária a um cano, que tem a função de dar continuidade à combustão do propelente, além de direção e estabilidade ao projétil (BRASIL, 2019).

⁴ – **Arma branca**, o conceito é doutrinário, pois não há uma especificação legal, contudo no art. 3º, XI do revogado Decreto n. 3.665/2000 era descrito como: artefato cortante ou perfurante, normalmente constituído por peça em lâmina ou oblonga (FOUREAUX, 2020).

Em relação ao local de ocorrência do óbito, observou-se que os maiores e menores percentuais foram de 41,22% (2011) e 31,07% (2008), para a via pública. De 35,53% (2003) e 27,63% (2011), para os estabelecimentos de saúde e de 31,96% (2006) e 28,62% (2003) para o domicílio (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Local de ocorrência dos óbitos de mulheres em idade fértil no Brasil, decorrente de agressão, no período de 2002 a 2012



Fonte: elaboração própria com base nos dados do MS/SVS/CGIAE – SIM

5.3 Análise das correlações das variáveis socioeconômicas da taxa de mortalidade de mulheres em idade fértil por agressões, no período de 2002 a 2012

Com as correlações realizadas entre as variáveis socioeconômicas e a taxa de mortalidade de mulheres em idade fértil por agressões, no período de 2002 a 2012. Observou-se em relação ao Estado civil, que quanto maior foi a proporção de casadas (p-valor 0.003) e menor a proporção de solteiras (p-valor 0.000), maior a taxa da mulher serem assassinadas.

Com relação a faixa etária: quanto maior a proporção de jovens (p-valor 0.005) e adolescentes (p-valor 0.000), menor a taxa de mulheres assassinadas.

Quanto maior a proporção de pessoas com ensino médio (p-valor 0.000) e superior (p-valor 0.000), menor foi a taxa de homicídios femininos. E quanto maior a proporção de pessoas com ensino fundamental (p-valor 0.011), maior foi a taxa de homicídios. E em relação a raça/cor, quanto maior a proporção de mulheres brancas (p-valor 0.000), menor a taxa de homicídio. Quanto maior a proporção de mulheres negras (p-valor 0.000) e de outras raças (p-valor 0.000), maior a taxa de homicídio (Tabela 3).

Tabela 3 – correlações das variáveis socioeconômicas da taxa de mortalidade de mulheres em idade fértil por agressões, no período de 2002 a 2012

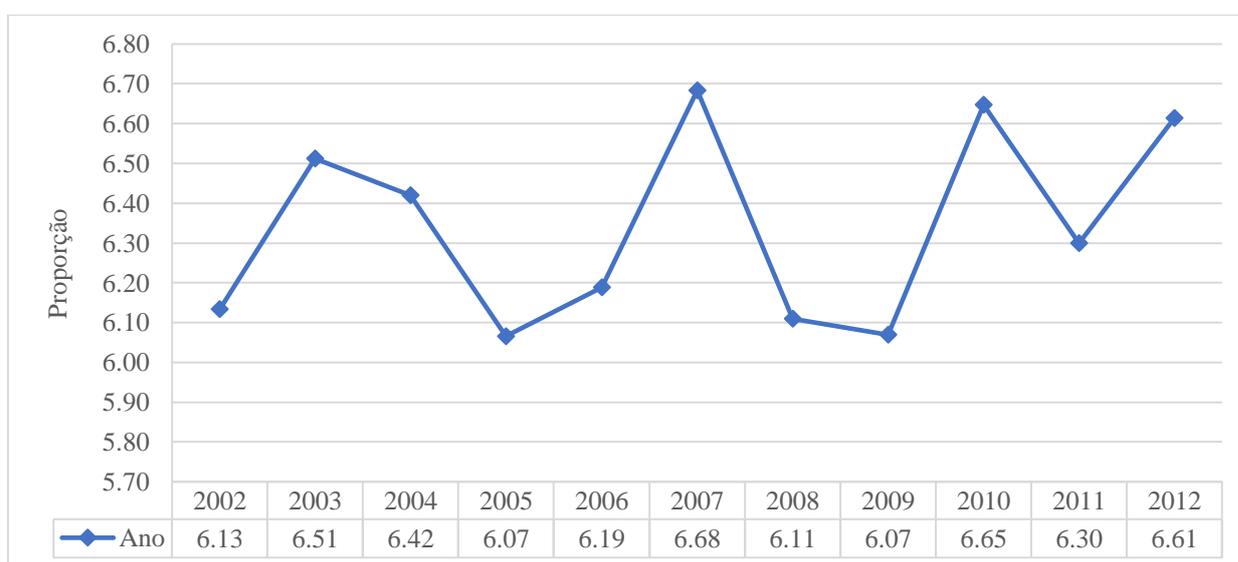
Característica Sociodemográfica	rho	p-valor
Estado civil		
Proporção de casadas	0.0263	0.003
Proporção de solteira	-0.073	0.000
Faixa etária		
Proporção de Adultas	0.006	0.517
Proporção de jovens	-0.025	0.005
Proporção de adolescentes	-0.0559	0.000
Escolaridade		
Proporção de Ens. Superior	-0.101	0.000
Proporção Ens. Médio	-0.104	0.000
Proporção Ens. Fundamental	0.0229	0.011
Raça/cor		
Proporção de Negras	0.047	0.000
Proporção de Brancas	-0.060	0.000
Proporção de outras	0.0018	0.028

Fonte: elaboração própria com base nos dados do MS/SVS/CGIAE – SIM

5.4 Análise da mortalidade de mulheres em idade fértil decorrente de agressão, por Estados, regiões e indicadores macroeconômicos

Observando a variação da taxa de óbito no período, percebeu-se que ela permaneceu na faixa de 6,00, apresentando um período de estabilidade no país, com a menor de 6,07 (2005) e o maior de 6,68 (2007) (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Variação da taxa de mortalidade de mulheres em idade fértil, decorrente de agressão no período de 2002 a 2012



Fonte: elaboração própria com base nos dados do MS/SVS/CGIAE – SIM

As três maiores taxas de óbitos por 100 000 habitantes, nos anos 2002 e 2012, pertenceram aos mesmos estados, são eles: o Tocantins (10,82 e 14,34), Piauí (10,19 e 11,82), Mato Grosso (9,06 e 10,57). Esses Estados pertencem às regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste respectivamente. Já os que apresentaram maior crescimento foram: Amazonas (59%), Alagoas (55%) e Rio Grande Sul (51%). Estados das regiões Norte, Nordeste e Sudeste, respectivamente. E os que tiveram reduções foram: Rio de Janeiro (-32%), Mato Grosso do Sul (-30%) e Maranhão (-25%). Eles são da Regiões Sudeste, Centro-oeste e Nordeste, respectivamente.

Quando analisado o Produto Interno Bruto - PIB Per Capita, que representam a soma de todos os bens e serviços finais produzidos dividido pelo número de habitantes da localidade. Foi averiguado em relação aos valores referentes aos Estados em 2012, que os maiores valores, foram de São Paulo (R\$ 33.624,41) e Rio de Janeiro (R\$ 31.064,63), localizados na Região

Sudeste. Já os menores valores pertenceram ao Piauí (R\$ 8.137,51) e Maranhão (R\$ 8.760,34), da Região Nordeste.

Observando o Índice de Gini, que mede o grau de concentração de renda em determinada localidade e retrata a diferença de rendimentos entre os mais pobres e os mais ricos, foi verificado no ano de 2012 que os estados a apresentarem menos desigualdade na sua população, foram Santa Catarina (0,4942), Paraná (0,5416) e Rio Grande do Sul (0,5472), que pertencem a Região Sul. E os três Estados que apresentam maiores desigualdades foram: Amazonas (0,6664), Roraima (0,6398) e Acre (0,6394), todos da Região Norte.

Ao analisar os dados referentes ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que analisa os dados com base nas questões humanas, a partir da análise do progresso a longo prazo, com os dados da renda, educação e saúde da localidade, foi constatado que os estados de Santa Catarina (0.774) e Rio de Janeiro (0.761) tiveram os melhores índices, e os piores foram Alagoas (0.631) e Maranhão (0.639) (Tabela 4).

Tabela 4 – Taxa de óbitos de mulheres em idade fértil por agressão por e dados socioeconômicos dos Estados (PIB Per capita, Índice de Gini e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH))

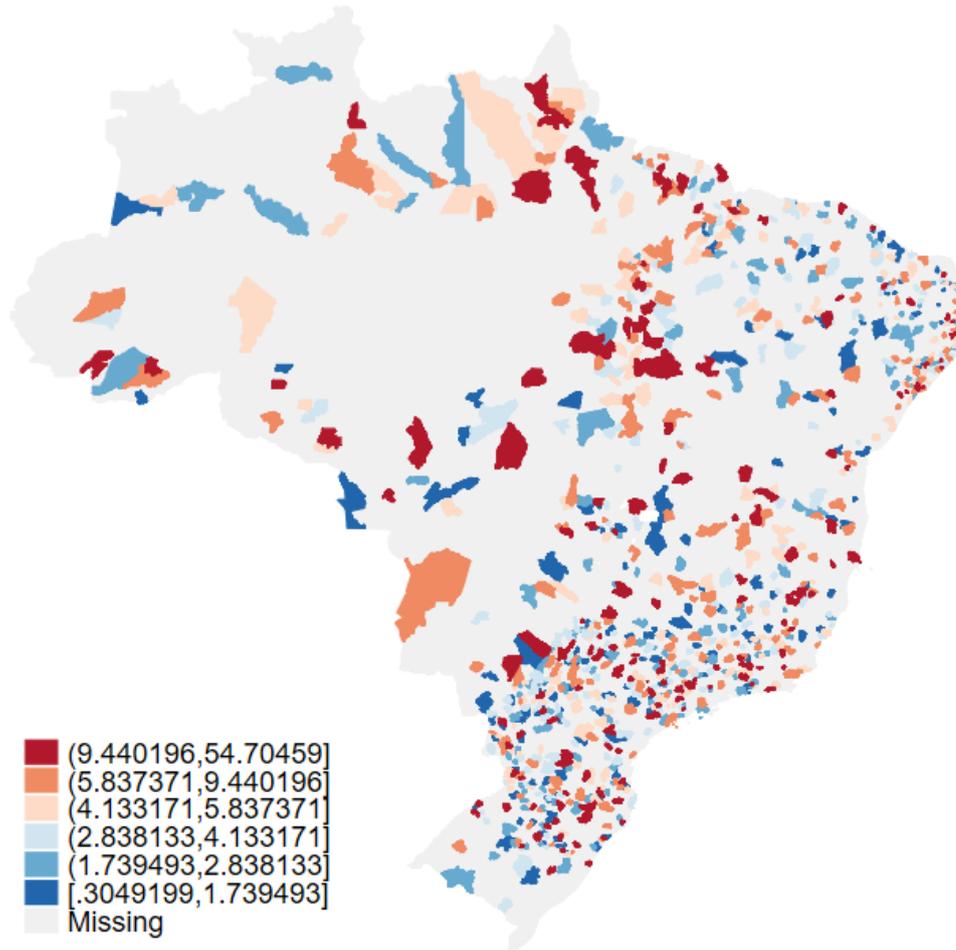
Região	Estado	2002	2012	Variação			
				entre 2002 e 2012	PIB Per capita*	GINI**	IDH***
Norte	Acre	3.73	2.84	-24%	R\$ 12,690.32	0,6394	0.663
Nordeste	Alagoas	4.64	7.22	55%	R\$ 9,333.43	0,6343	0.631
Norte	Amapá	6.27	7.65	22%	R\$ 14,914.84	0,6157	0.708
Norte	Amazonas	3.5	5.57	59%	R\$ 17,855.78	0,6664	0.674
Nordeste	Bahia	4.23	5.96	41%	R\$ 11,832.33	0,6278	0.66
Nordeste	Ceará	3.9	3.99	2%	R\$ 10,473.12	0,6193	0.682
Sudeste	Espírito Santo	6.17	6.51	5%	R\$ 29,996.30	0,5723	0.74
Centro-oeste	Goiás	8.63	9.81	14%	R\$ 20,134.26	0,5588	0.735
Nordeste	Maranhão	5.87	4.4	-25%	R\$ 8,760.34	0,6291	0.639
Centro-oeste	Mato Grosso	9.06	10.57	17%	R\$ 25,945.87	0,5652	0.725
Centro-oeste	Mato Grosso do Sul	8.72	6.12	-30%	R\$ 21,744.32	0,5650	0.729
Sudeste	Minas Gerais	8	6.48	-19%	R\$ 20,324.58	0,5634	0.731
Norte	Pará	4.79	4.25	-11%	R\$ 11,634.70	0,6260	0.646

Nordeste	Paraíba	6.83	8.5	24%	R\$ 10,151.88	0,6139	0.658
Sul	Paraná	6.11	7.72	26%	R\$ 24,194.79	0,5416	0.749
Nordeste	Pernambuco	5.23	4.96	-5%	R\$ 13,138.48	0,6366	0.673
Nordeste	Piauí	10.19	11.82	16%	R\$ 8,137.51	0,6193	0.646
Sudeste	Rio de Janeiro	4.11	2.82	-32%	R\$ 31,064.63	0,6116	0.761
Nordeste	Rio Grande do Norte	7.39	9.4	27%	R\$ 12,249.46	0,6074	0.684
Sul	Rio Grande do Sul	5.55	8.38	51%	R\$ 25,779.21	0,5472	0.746
Norte	Rondônia	6.5	7.25	12%	R\$ 18,466.50	0,5686	0.69
Norte	Roraima	5.68	6.87	21%	R\$ 15,577.13	0,6398	0.707
Sul	Santa Catarina	6.42	8.48	32%	R\$ 27,771.85	0,4942	0.774
Sudeste	São Paulo	5.29	5.01	-5%	R\$ 33,624.41	0,5768	0.702
Nordeste	Sergipe	4.65	6.14	32%	R\$ 13,180.93	0,6288	0.665
Norte	Tocantins	10.82	14.34	33%	R\$ 13,775.67	0,6099	0.699

Fonte: elaboração própria com base nos dados do MS/SVS/CGIAE – SIM

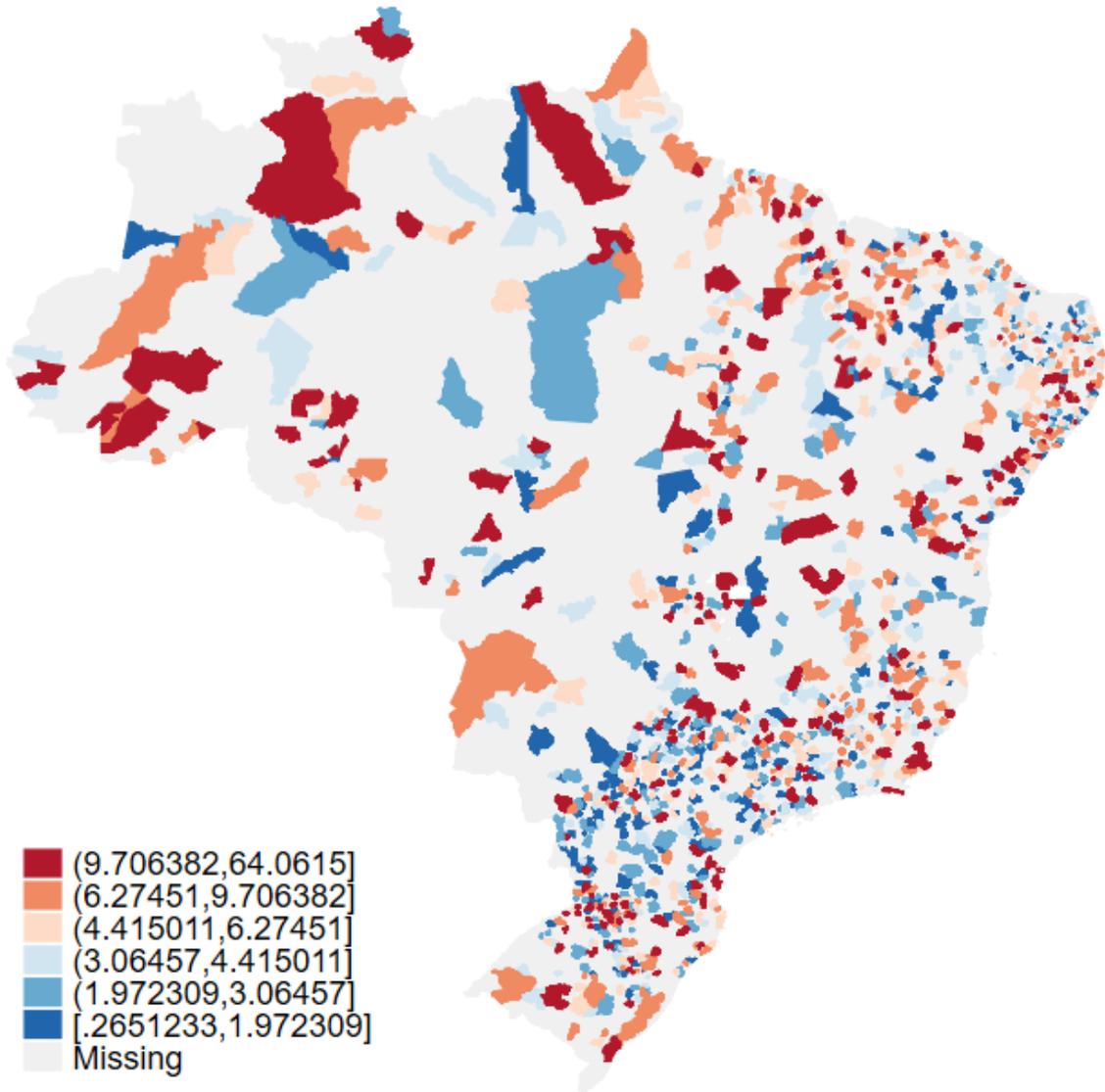
Observando-se os mapas da taxa de homicídios de mulheres em idade fértil no país nos anos 2002 e 2012, percebeu-se um aumento de municípios com óbitos de mulheres, além do crescimento da incidência de assassinatos, em seus territórios. Evidenciou-se a expansão das áreas de taxas muito altas de assassinatos da população feminina (cor vermelha) e altas (cor laranja), além dos outros níveis, reduzindo visualmente as áreas muitas baixas ou ausentes (*missing*), comparando o mapa 2 em relação ao 1 (Mapa 1 e 2).

Mapa 1 – Mapas da taxa mortalidade de mulheres em idade fértil por agressões no ano 2002



Fonte: elaboração própria com base nos dados do MS/SVS/CGIAE – SIM

Mapa 2 – Mapas da taxa de mortalidade de mulheres em idade fértil por agressões no ano 2012



Fonte: elaboração própria com base nos dados do MS/SVS/CGIAE – SIM

6 Discussão

A análise da mortalidade de mulheres em idade fértil no Brasil evidenciou que as principais causas dos óbitos no período do estudo foram as neoplasias, os acidentes e as agressões que são mortes consideradas evitáveis, passíveis de prevenção em sua totalidade ou de forma parcial, por meio de ações efetivas e acessíveis dos serviços de saúde (MALTA *et al.*, 2007, p. 233). Esses resultados podem ser um indicativo de que há falhas em investimentos ou planejamento das políticas da área social e saúde, além de dificuldade de acesso da mulher aos serviços e ações de promoção da saúde (PITILIN; SBARDELOTTO, 2019), impactando negativamente na esperança de vida ao nascer e positivamente na probabilidade de morte de homens e mulheres em magnitudes distintas (SOUZA; SIVIERO, 2020).

O presente estudo identificou que desde 2004, os acidentes ocuparam o segundo lugar no número de mortes no período analisado. Isso pode ser explicado, diante do seguinte cenário, enquanto a população no Brasil cresceu 11%, a frota de veículos aumentou 54% e os óbitos por acidentes de transporte elevaram-se em 32,3% (MORAIS NETO *et al.*, 2012).

Por outro lado, notou-se que as doenças cerebrovasculares, as causas mal definidas e desconhecidas mortalidade e os eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada, apresentaram um quadro de redução, dentre as quinze principais causas de óbitos. Resultado similar foi verificado em estudo sobre a mortalidade por acidente vascular cerebral – AVC (doença do aparelho circulatório) no Brasil, constatou-se uma redução significativa, principalmente em relação a mortalidade de mulheres, entre 2000 e 2009, com um declínio de -6,13 (GARRITANO *et al.*, 2012).

A queda no número de mortes registrada como “causas mal definidas”, pode ser explicado, como consequência de um projeto de qualificação das informações de mortalidade do Ministério da Saúde do Brasil⁵, que aumentou a possibilidade de esclarecimento quanto à causalidade do óbito.

5 - “O Ministério da Saúde é o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros. É função do ministério dispor de condições para a proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, dando, assim, mais qualidade de vida ao brasileiro.” (BRASIL, 2017). Ele é responsável pelo Sistema Único de Saúde (SUS) - “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da

Segundo França *et al.* (2014) em 2010, após investigações dos registros de “causas indefinidas”, resultou na reclassificação de 20% desses óbitos, em todos os grupos etários e em ambos os sexos. Ele pode em relação a inserção do óbito no campo “eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada”, esse ocorre quando não é possível determinar se o óbito decorreu de acidente, lesão autoprovocadas ou agressão (BRASIL, 2013). Esses dados fidedignos e com transparência são importantes porque o volume dos registros classificados nesses campos impacta no esboço do quadro real de um país sobre feminicídio e suicídio (GARCIA; FREITAS; HÖFELMANN, 2013). Contribuindo na construção de políticas efetivas (NJAINÉ, 2013, pag. 327).

Em relação às agressões, a análise da evolução ao longo do período resultou elas subiram do quinto para o quarto lugar da mortalidade das mulheres. Ao realizar a comparação da taxa de homicídios entre 2002 e 2012, notou-se um aumento no número de óbitos no país. Resultado análogo foi encontrado examinando dados relativos à mortalidade feminina no país e seus Estados, expõe que há um elevado número de assassinatos de mulheres. Cabe destacar que no Brasil, de 1980 a 2013, o aumento foi de 252%, ficando o país na 5ª posição mundial, composta por 83 países, com uma taxa de 4,8 homicídios por 100 mil mulheres. Taxa que é 48 vezes maior comparada a do Reino Unido (WAISELFISZ, 2015).

Analisando a média das características sociodemográfica dos homicídios de mulheres em idade fértil no período, verificou-se que elas são mulheres solteiras, de 30 a 49 anos, com até o ensino fundamental e negras. Evidenciando assim que o óbito feminino tem como vítimas principais, as mais vulneráveis socialmente, com destaque para a raça/cor, no qual percebe-se que a vida das mulheres negras vem sendo ceifada.

Observando também os resultados das correlações realizadas nesse estudo, nota-se que quanto maior a proporção de mulheres com o ensino superior, casadas, jovens/adolescentes e brancas, menor é a taxa de mulheres assassinadas. Estudo com resultado congênere, mostra que onde há prevalência de indivíduos de raça/cor não branca, com menor nível de escolaridade aumentam a probabilidade de vir a óbito por homicídios (CAMPOS *et al.*, 2019).

O estudo comparativo das características socioeconômicas, mostrou que todas as faixas etárias apresentaram crescimento, na seguinte sequência: adultas, jovens e adolescentes. Vale

pontuar que, em estudos sobre a faixa etária de mulheres assassinadas no país expôs a mortalidade de mulheres jovens e/ou jovens adultas. Evidenciando o falecimento precoce da população feminina de forma violenta. Podemos destacar Oliveira (2019), que mostraram números relativos a Rondônia, no qual a população feminina tinha entre 19 aos 39 anos. Em Amaral *et al.* (2013) foi mostrado que no Rio Branco (Acre), a idade era de 21 e 25 anos. Dados em relação aos estados da Região Nordeste, evidenciou idades entre 15 a 39 anos (NORTE *et al.*, 2016). Em Foz do Iguaçu, a maioria estava entre dez e 19 anos e, no Paraná, entre os 20 e 29 anos (CHEN *et al.*, 2019).

Já Oliveira *et al.* (2017) notaram dados diferentes nos quais a mais atingida era a população feminina adulta em Guanambi (Bahia), pois foi constatado um aumento no número de óbitos com o avançar da idade, sendo 43% (40 a 49 anos) e 30,4% (30 a 39 anos). Considerando os homicídios de mulheres nas distintas regiões brasileiras nos últimos 35 anos (1980 a 2015), Amaral *et al.* (2013) perceberam um aumento progressivo das taxas de óbitos em todas as faixas etárias, a partir dos 15 anos, atingindo o pico de incidência na faixa etária de 30 a 34 anos, para depois apresentar uma redução progressiva. Todos esses estudos expõem perdas na produtividade, devido à ocorrência do grande número de assassinatos da população feminina na faixa etária reprodutiva, impactando no campo socioeconômico, com a diminuição de anos potenciais de vida (MEIRA *et al.*, 2019).

Foi observado que a violência contra mulher atinge aquelas em vulnerabilidade social considerando os dados em relação a raça/cor, no qual é evidenciado que as a maioria das vítimas são negras. Bem com os dados sobre escolaridade, nesse há realidade de óbitos de mulheres com baixa escolaridade. Resultados semelhantes foram encontrados em vários estudos, observando o perfil brasileiro das vítimas femininas de homicídios (da infância a velhice), de 2011 a 2015, notou-se que elas são negras com menos de sete anos de estudo (BARUFALDI *et al.*, 2017). Em Rondônia, no período de 2007 a 2015, são descritas como negras/pardas com ensino fundamental (OLIVEIRA, 2019). Na região nordeste (1996 a 2014), notou-se uma alta proporção de óbitos de negras (MEIRA *et al.*, 2019). E em todos os seus Estados da região de 1996 a 2012, eram preta/parda (82,91%) (NORTE *et al.*, 2016). Mesmo em Porto Alegre (2006 a 2010) no qual 80% da população se autodeclara branca apresentaram que 23% das vítimas de feminicídios e 60% de outros assassinatos são de mulheres negras (MARGARITES *et al.*, 2017). São pobres, negras, trabalhadoras sexuais e moradoras da periferia da cidade de Porto Alegre (MENEGHEL e MARGARITES, 2017).

Um vínculo do contexto socioeconômico com o perfil da vítima cujo óbito decorreu de agressão, foi verificado também quando se analisa a evolução ao longo período, constata-se que ocorreu redução da mortalidade por homicídios de mulheres brancas e de outras raça/cor e crescimento em relação as mulheres pretas/pardas, evidenciando a vulnerabilidade social que essas vivem em meio a violência estrutural de raça e gênero (MEIRA *et al.*, 2019). Outro indício dessa relação é averiguado quando se faz uma análise referente relacionando o salário com a violência de gênero - percebe-se que há diferenças entre os gêneros e, principalmente quando se acrescenta a etnia, verifica-se que os menores salários, pertencem às mulheres negras vítimas de violência, e os maiores às mulheres brancas que não vivenciam a violência doméstica (CARVALHO; OLIVEIRA, 2016)

Um fato também relevante nessa pesquisa foi identificar um crescimento significativo dos óbitos de mulheres com nível médio, mas prevalecendo ainda o maior número de mulheres assassinadas com apenas o ensino fundamental, já em relação ao ensino superior, apresentou queda. Esse cenário pode ser esclarecido, diante de dados do IBGE (2018), que mostram que o nível de escolaridade feminino nas últimas três décadas subiu, com destaque em relação à questão racial, pois as mulheres brancas com o ensino superior completo são mais do que o dobro do número de mulheres negras.

Em relação ao estado civil, percebeu-se que a mulher solteira é a principal vítima de mortes decorrentes de agressão. Foram encontrados resultados semelhantes em outras análises (NORTE *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2017; CAICEDO-ROA M *et al.*, 2019). Percebeu-se que a união conjugal informal é significativa na população do Brasil, não sendo referência na cultura matrimonial o padrão familiar nuclear da burguesia, por meio do casamento civil (NICHNIG, 2013). Mostrando que o registro oficial da relação conjugal no país é interligado com outros aspectos sociais, como constatado numa pesquisa realizada por Cunha e Verona (2019), ao investigar dados sobre a formalidade da união conjugal relacionado com a escolaridade de mulheres brasileiras, entre 1980 e 2010.

Foi averiguado que a informalidade matrimonial, cresceu no período chegando a 51% e que houve aumento das uniões conjugais informais, em todos os níveis de escolaridade, mas que para mulheres com ensino superior completo, o casamento oficial ainda é maioria absoluta das uniões, representando ainda 72% no ano de 2010. Em estudo de Souza *et al.* (2017), mais de 50% das mulheres brancas apresentaram matrimônio oficial, já 60% das mulheres negras

têm enlace informal. E ser da região norte aumenta a probabilidade de informalidade conjugal, em relação à região sudeste (SOUZA *et al.*, 2017).

Ao analisar os meios que levam aos óbitos, observou-se que as mulheres morreram primordialmente por “arma de fogo”, seguida de “arma branca”, “meios não especificados” e “enforcamento, estrangulamento e sufocação”. Há uma preponderância de análises em que as armas de fogo, aparecem como o principal meio de letalidade em casos de homicídios de mulheres. Waiselfisz (2015) notou que as armas de fogo foram responsáveis por 48,8% dos óbitos, e percebeu um aumento de outras formas como de “estrangulamento/sufocação”, “cortante/penetrante” e “objeto contundente”.

Numa pesquisa com os dados da mortalidade no Brasil de 1980 a 2015, as armas de fogo também apareceram com supremacia em relação aos demais objetos (SOUZA *et al.*, 2017). Resultados diferentes também apareceram, como em Campos *et al.* (2019) no qual em primeiro lugar apareceu a “arma branca”. E em Amaral *et al.* (2013), verificando os dados de Rio Branco (Acre), notou que o “objeto contundente/perfurante ou cortante”, foi o principal meio que levou ao óbito, o autor pontua que essa é uma característica de área rural ou pouco desenvolvida.

Ainda, nota-se um crescimento de 415,1%, na comparação a mortalidade por armas de fogo no Brasil, entre o ano de 1980 com 2014, enquanto a população do país cresceu em torno de 65% (WASELFISZ, 2016, pag.15). Num estudo sobre os impactos econômicos decorrentes dos casos de óbitos relacionados aos crimes por armas de fogo na Paraíba, a partir de estimativas de custo de produção, em decorrência da perda de capital humano, constatou-se em relação ao sexo feminino, uma perda da produtividade, com valores referentes a 2012, de R\$ 8.065.129,63, mostrando uma alta perda econômica, que pode comprometer o desenvolvimento econômico e social (GRAÇA *et al.*, 2017).

Foi constatado também, quanto ao local de ocorrência dos homicídios de mulheres, um equilíbrio entre a mortalidade na via pública, nos estabelecimentos de saúde e no domicílio, mas a via pública aparece com o percentual um pouco acima, principalmente nos últimos anos, apresentando crescimento. Resultados similares foram encontrados em outras análises, no qual ocorreu a variação de qual o local com mais ocorrências. Pesquisa realizada por Norte *et al.* (2016), notou que óbitos foram em via pública (32,48%) seguido de domicílios (26,98%). Em outro estudo, constatou-se que ocorreram majoritariamente na residência da usuária

(OLIVEIRA *et al.*, 2017). Há referência de outros estudos sobre feminicídios, relacionado com os locais desses óbitos, que eles acontecem primordialmente dentro das residências. Destacando como é relevante a questão do local do óbito feminino por agressão, diante dos dados em relação a ser o domicílio da vítima um local significativo, expondo o indício de que o ambiente doméstico, pode ser considerado de alto risco para a população feminina (WASELFISZ, 2015).

Essa questão é muito importante na visibilidade a violência decorrente da questão de gênero, pois impacta na classificação do óbito de mulheres por agressão como homicídio ou feminicídio. Esse é um entendimento é cercado de ampla discussão, como podemos ver pelo entendimento do que é o feminicídio, como por exemplo: Waiselfisz (2015) entende como as agressões cometidas contra uma pessoa do sexo feminino no âmbito familiar da vítima que, de forma intencional, causam lesões ou agravos à saúde que levam a sua morte. Já Romio (2019), buscando uma dimensão mais ampla e real do alcance do feminicídio, diz que está além da morte no ambiente doméstico, por isso criou uma classificação em que o feminicídio pode ser identificado e catalogado quando um óbito apresenta uma ou mais características relacionadas com a questão de gênero, como políticas de controle do corpo e da sexualidade da mulher (Feminicídio reprodutivo). Quando acontece por meio de violência letal como agressão na residência, tem laços afetivos ou familiar (Feminicídio doméstico) e estar associado a questões de violências sexuais (Feminicídio sexual) (ROMIO, 2019).

Outro local bem expressivo é a via pública nos assassinatos de mulheres no país, como foi visto em pesquisa vendo os números dentre os anos de 1980 a 2015, percebeu-se que uma distribuição semelhante entre os lugares dos óbitos com a via pública numa posição proeminente e em crescimento, ressaltando que as mortes nesse campo podem ser casos de feminicídio, em virtude de que companheiros ou ex-companheiros, geralmente conhecem a rotina da vítima (SOUZA *et al.*, 2017). Continuando a discussão em relação ao local do óbito, o hospital apareceu como predominante em Guanambi (BA) (OLIVEIRA *et al.*, 2017). Já em Amaral *et al.* (2013), ficou em segundo lugar em Rio Branco (ACRE). Um fato significativo em relação a esse resultado é destacar que os estabelecimentos de saúde não representam o verdadeiro local de ocorrência que resultou na morte da vítima, mas mostrar a gravidade das lesões que a levaram a óbito, mesmo acessando um serviço especializado.

Ademais, resultados como os anteriores podem mostrar um indício de que o feminicídio pode ir além do âmbito familiar/doméstico, precisando uma observação mais extensiva, para

além do perpetrador e local de ocorrência. Atendo-se apenas a esses aspectos, corre-se o risco de restringir a gravidade do fato, criando um cenário falso sobre a realidade do feminicídio no país, em meio há evidências de que ele também pode estar presente no âmbito público (MARGARITES, 2017). Essa perspectiva ampliada, está na “Declaração sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres”, na qual destaca como fundamental, conhecer a motivação do crime, se ela embasada pelas questões de gênero, podendo o mesmo ocorrer em âmbito público ou privado (ONU, 1993).

Outro fato decisivo para a classificação do óbito como feminicídio é saber quem é o agressor. Estudos mostram, seja em relação aos perpetradores dos óbitos ou de violências registradas nas notificações, quando as vítimas são as mulheres jovens e adultas, é unanimidade que o principal agressor é o parceiro ou ex-parceiro, aparecendo com diversas terminologias como: companheiro, cônjuge, marido, namorado, entre outros (BARUFALDI *et al.*, 2017; MARGARITES *et al.*, 2017; SOUZA *et al.*, 2017; CAICEDO-ROA *et al.*, 2019).

O agressor é primordialmente um familiar masculino em todas as faixas etárias de vida das mulheres, mas há uma variação, dependendo da faixa etária, quando ela é criança (pai/padrasto), adolescentes e adultas (parceiro íntimo) e idosas (desconhecido/parceiro íntimo) (BARUFALDI *et al.*, 2017). São perpetrados por parentes próximos, parceiros e ex-parceiros (WAISELFISZ, 2015, pag. 50). Motivados pelo desejo de separação, ciúmes e desentendimentos com o companheiro (CAICEDO-ROA *et al.*, 2019). O feminicídio, é principalmente cometido por homens contra as mulheres, “legitimado” por ódio, desdém ou o sentimento de controle sobre a mulher (PEREIRA *et al.*, 2020).

Verificou-se, nesse estudo, que a taxa de óbitos por agressão de mulheres em idade fértil no período de análise da pesquisa, que o país apresentou um quadro de estabilidade. Estudo também observou cenário similar, destacando que isso ocorreu porque houve queda na região Sudeste, e crescimento nas regiões Norte, Nordeste e Sul, que apresentam altas taxas, e nas quais há estados com tendência de taxas ascendentes como a Bahia, a Paraíba, o Rio Grande do Norte, o Maranhão, a Amazonas, o Pará e o Tocantins (LEITE *et al.*, 2016). Assim como em estudo de Garcia *et al.* (2015) foi constatado, taxas elevadas de feminicídio, sendo as mais altas foram das regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte. Já as regiões Sul e Sudeste tiveram as mais baixas, mas amplitude não foi grande variando de 6,93, no Nordeste a 5,07, no Sul.

O Tocantins apresentou a mais alta taxa de óbitos no período com 14,34 por 100 000 habitantes, seguido do Piauí com 11,82. Estados que pertencem as Regiões Centro-oeste e Nordeste, respectivamente. Outros estudos encontraram também resultados similares, mostrando que as regiões que com maiores níveis de vulnerabilidade, apresentam crescimento das taxas de mortalidade feminina por violências. Como foi observado que o Sudeste apresentou declínio na década 2004 a 2014, já o Nordeste, entre 2003 e 2013, teve crescimento da taxa em 79,3% (WAISELFISZ, 2015).

Todos os estados da região nordeste, no período de 1996 a 2010, tiveram aumentos progressivos (NORTE *et al.*, 2016). Notou-se que de 1980 a 2014, as maiores taxas médias no período foram de Pernambuco (8,25) e Alagoas (6,32), e os maiores aumentos do Ceará (135,0%) e de Alagoas (67,4%) (MEIRA *et al.*, 2019). Em outra pesquisa observou-se que de 2004 a 2014, o Rio Grande do Norte e o Maranhão, tiveram um crescimento em torno de 130%, já São Paulo teve queda de 40,4% (IPEA, 2018).

Quanto ao alcance da mortalidade feminina em relação aos municípios, primeiro teve a ocorrência do aumento de óbitos concomitante a uma urbanização acelerada e mal planejada das cidades, que inseriu nas periferias, imigrantes de áreas rurais e de regiões menos desenvolvidas do país (SOUZA *et al.*, 2017). Depois, percebe-se uma expansão para outros locais, como foi observado que no Brasil, entre 2003 e 2013, que as taxas de homicídios femininos dos Estados aumentaram 8,8%, enquanto diminuíram para 5,8% nas capitais, mostrando assim que ocorre uma interiorização da violência para municípios de médio e pequeno porte (WAISELFISZ, 2015, pag. 25). Resultado similar foi encontrado ao analisar os dados do país de 2000 a 2015, que o risco de mortalidade por homicídio se expandiu ao interior do país, principalmente para o Nordeste e faixas das regiões Centro-Oeste e Norte, em contrapartida apresentou contrações em estados da região Sudeste (SOARES FILHO *et al.*, 2018).

A análise de dados macroeconômicos como o PIB Per Capita, índice de Gini e IDH, permitiu perceber que os melhores índices são encontrados nas regiões Sul, Sudeste e Centro-oeste, com destaque para os estados do Santa Catarina, Distrito Federal e Rio de Janeiro. Já os piores são encontrados no Norte e Nordeste, como Alagoas e Pará. Esses locais aparecem em pesquisas em relação ao nível de mortalidade em consonância com a sua posição nesses dados. A região norte, que possui a menor renda per capita, tem a maior taxa de homicídio de mulheres

por 100 mil habitantes (GONÇALVES *et al.*, 2020). Os estados com menor IDH e maior desigualdade, apresentaram maior taxa de mortalidade (LEITE *et al.*, 2016).

Observando os homicídios de mulheres, com base no índice de GINI, notou-se que a desigualdade de renda é intrínseca aos números de homicídios de mulheres (GONÇALVES *et al.*, 2020). Há um aumento da taxa de mortalidade feminina por agressão nos estados com maiores desigualdade social (LEITE *et al.*, 2016). Percebeu-se que o progresso social tem uma relação mais evidente com o IDH do que com o PIB per capita (ROMANELLO, 2019).

Ficou evidente que a saúde e a vida feminina são impactadas por questões sociais, econômicas e culturais sobre o seu lugar na sociedade (OMS, 2011). E que a igualdade de gênero para as mulheres brasileiras, ainda apresenta um longo e tortuoso caminho, principalmente se for preta ou parda e residir fora dos centros urbanos das Regiões Sul e Sudeste (IBGE, 2018). Pois, além de avanço econômico e da melhoria de renda, segundo Grubba e Messa, (2020), os governantes, devem seguir os princípios da ONU e promover a dignidade das pessoas, possibilitando o usufruto da liberdade individual e política, garantindo segurança pessoal e social, além acesso a alimentação, educação e cultura, entre outros bens humanos.

7 Conclusão

Os resultados desse estudo apontam que a vida da mulher brasileira em idade fértil vem sendo negligenciada. O Brasil apresentou, no período analisado, um alto número de mortalidade de mulheres que poderiam ser evitadas, com ações na área de saúde, sociais e econômicas.

Há indícios que a mortalidade feminina decorrente de homicídios, pode estar intrinsecamente atrelada às questões de desigualdade social em todos os aspectos sociodemográficos, indicando maior risco de vir a ser vítima de violência que pode culminar em óbito, quando se está inserida em um ou mais aspectos. Os resultados demonstram que as vítimas são primordialmente de baixa escolaridade, negras, adultas e solteiras, além de residirem principalmente nas regiões nordeste, norte e centro-oeste.

Esses dados expõem um perfil historicamente ligado aos maiores níveis de vulnerabilidades e desigualdades sociais, sejam em relação a raça/cor, nível de escolaridade ou localização geográfica no país, como dados macroeconômicos que evidenciam o nível de desigualdade social local e regional. Sinaliza questões relacionadas a rendimentos, acessos a direitos e falta de políticas públicas efetivas.

Essa análise possibilita o vislumbre de um cenário crítico, que necessita de criação, planejamento e implementação de intervenções que visem modificação dessa realidade, de forma mais concreta e objetiva. Pois os resultados prenunciam impactos na vida da população feminina e perdas para o país, em vários âmbitos, como econômicos e sociais.

Promover meios para diminuir e erradicar a mortalidade violentas de mulheres no Brasil, é imprescindível e urgente, precisando da mobilização de todos os entes públicos e a participação da sociedade civil para a construção de uma política de empoderamento feminino em questões de gênero, renda e cidadania.

8 Referências

ADEODATO, V.G.; CARVALHO, R.R.; SIQUEIRA, V.R. *et al.* Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista de Saúde Pública**. 2005, v.39, n.1, p.108-113. ISSN 0034-8910.

ALVES, A.C.F.; ALVES, A.K.S. As trajetórias e lutas do movimento feminista no Brasil e o protagonismo social das mulheres. In: Seminário CETROS Neodesenvolvimentismo, Trabalho e Questão Social, 4, 2013, Fortaleza. Anais. Fortaleza, UECE, 2013.

AMARAL, N.A.; AMARAL, C.A.; AMARAL, T.L.M. Mortalidade feminina e anos de vida perdidos por homicídios/agressão em capital brasileira após promulgação da Lei Maria da Penha. **Texto & contexto enfermagem**, 2013.

AZEVEDO, S.F.L. A ética da monogamia e o espírito do feminicídio: marxismo, patriarcado e adultério na Roma Antiga e no Brasil Atual. *História (São Paulo)* v.38, 2019, e2019053, ISSN 1980-4369.

BARUFALDI L.A.; SOUTO R.M.C.V.; CORREIA R.S.D.B.; MONTENEGRO M.D.M.S.; PINTO I.V.; SILVA M.M.A.D. Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. **Cien Saude Colet** 2017; 22(9):2929-2938.

BEAUVOIR, S. O segundo sexo. 9. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BLAY, E.A. Violência contra a mulher e políticas públicas, 2003, vol.17, n.49, p.87-98. ISSN 1806-9592.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008. Regulamenta a vigilância de óbitos maternos, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de codificações especiais em mortalidade. Secretaria de Vigilância em Saúde**. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. Protocolos de codificações especiais em mortalidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. Brasília – DF, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:**

princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Constituição Federal**,1988. Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988. Brasília, SENADO, 1988.

BRASIL. **Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Código Civil**, 1916. Lei nº 3071, de 1 de janeiro de 1916. Institui o Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. Brasília, DF, 1 jan. 1916.

BRASIL. Lei nº 4121, de 27 de agosto de 1962. **Dispõe sobre a situação jurídica da mulher casada.** Brasília, DF, 27 ago. 1962.

BRASIL. **Código Penal.** Decreto nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Brasília, DF, 7 dez. 1940.

BRASIL. Lei nº 9520, de 27 de novembro de 1997. Revoga dispositivos do Decreto-lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 - Código de Processo Penal, referentes ao exercício do direito de queixa pela mulher. Ministério da Justiça. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 28 nov. 1997.

BRASIL. **Emenda constitucional de 1969.** Emenda à Constituição da República Federativa do Brasil de 24/01/1967. Brasília, 17 de out de 1969.

BRASIL. Lei nº 11340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha). Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União.**, Brasília, DF, 7 ago. 2006.

BRAZÃO, A.; OLIVEIRA, G.C. Violência contra as mulheres – Uma história contada em décadas de lutas. Brasília: CFEMEA. 2010.

CAICEDO-ROA, M.; COREDEIRO, R.C.; MARTINS, A.C.A. *et al.* Femicídios na cidade de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2019, 35(6):e00110718.

CALAZANS, M.; CORTES, I. O processo de criação, aprovação e implementação da Lei Maria da Penha. In: CAMPOS, C. H. (Org). Lei Maria da Penha comentada em uma perspectiva jurídico-feminista. Rio de Janeiro: Editora Lumem Juris, 2011.

CAMPOS, M.E.A.L.; BRASIL, A.A.N.S; SILVA, E.F.S. *et al.* Mortalidade por homicídio a partir de dados do Instituto de Medicina Legal: uma perspectiva de gênero. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v.21, n.3, p.93-102, jul-set, 2019.

CARDOSO, C.P. Por uma epistemologia feminista negra do Sul: experiências de mulheres negras e o feminismo negro no Brasil. In: **13º Mundos de Mulheres e Fazendo Gênero 11: Transformações, conexões, deslocamentos**. Florianópolis, 2017.

CARVALHO, J.R.; OLIVEIRA, V.H. **Pesquisa de Condições Socioeconômicas e Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher PCSVDF Mulher Relatório Executivo II - Primeira Onda - 2016 Violência Doméstica e seu Impacto no Mercado de Trabalho e na Produtividade das Mulheres**. Fortaleza, 2017.

CDC - US Centers for Disease Control (2003). *Costs of Intimate Partner Violence Against Women in the United States, Report released*, 2003.

CERQUEIRA, D.; MOURA, R.; PASINATO, W. **Participação no Mercado de Trabalho e Violência Doméstica contra as Mulheres no Brasil**. Brasília: Ipea, 2019.

CHEN, E.W.; GOMES, L.M.X.; BARBOSA, T.L.A. Anos potenciais de vida perdidos no período de 2010 a 2015 em foz do Iguaçu, Paraná, Brasil. **Rev. Bras. de Iniciação Científica (RBIC)**, Itapetininga, v.6, n.4, p. 18-33, 2019.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de Projetos Sociais**. Petrópolis, RJ. Editora Vozes, 11ed., 2013.

CUNHA, M.; VERONA, A.P. Uniões conjugais informais e escolaridade no Brasil: uma comparação entre 1980 e 2010. **Anais- abep.org.br**. Rio de Janeiro, Brasil, 2019.

DURÃES, B.A., CAMACHO, B.S.; GOMES, J.M.S. *et al.* A mulher contemporânea e a violência: o desafio do rompimento do silêncio. São Paulo: **Revista Recien**. v.10, n.30, p.54-61, 2020.

FARIAS, A.C. O direito que se constituiu patriarcal: o feminismo e a luta contra o feminicídio. Seminário Internacional **Fazendo Gênero 11 & 13 Women's Worlds Congress** (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017, ISSN 2179-510X.

FARIAS, A.C.; ARAS, L.M.B. **Feminismo negro, feminicídio e a violência de gênero contra as mulheres**. V Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades, 2017.

FIGUEIREDO, P. **Mulheres vítimas de agressões anteriores têm 151 vezes mais chance de morrer por homicídio ou suicídio**. Rio de Janeiro, Brasil, 2019.

FRANÇA, R.F.; VELOSO, R.C. A tipificação do crime de feminicídio como medida para o enfrentamento da violência contra a mulher. **Revista Ceuma Perspectivas**, v.31, 2018. ISSN Eletrônico: 2525-5576.

GARCIA, L.P.; FREITAS, L.R.S.; HÖFELMANN, D.A. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.22, n.3:383-394, jul-set 2013

GARCIA, L.P.; FREITAS, L.R.S.; SILVA G.D.M.; HÖFELMANN, D.A. Estimativas corrigidas de feminicídios no Brasil, 2009 a 2011. **Rev Panam Salud Publica**. 2015;37(4/5):251–7.

GARRITANO, C.R. Análise da tendência da mortalidade por acidente vascular cerebral no Brasil no século XXI. **Arq. Bras. Cardiol.** v.98, n.6, p.519-527, 2012.

GOMES, V.R. Homicídio de mulheres vítimas de violência doméstica: revisão integrativa. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v.6, n.3, p.2439-2445, 2016.

GONÇALVES, C.P.; SINAY, M.C.F.; AYROSA, E.A.T. Violência Contra a Mulher no Brasil: Uma Análise Multivariável acerca dos Homicídios de Mulheres entre 1981 2016. **Revista Latino Americana de Geografia e Gênero**, v. 11, n. 1, p. 98 112, 2020. ISSN 21772886.

GONÇALVES, C.P. Gênero, Violência e Políticas Públicas: uma análise acerca dos homicídios de mulheres na região sudeste entre 2003-2014. **Rev. FSA**, Teresina, v. 17, n. 10, art. 19, p. 361-378, out. 2020.

GRAÇA, P.G.R.; CRUZ, M.S.; IRFFI, G. Qual o custo econômico dos crimes por arma de fogo na paraíba? Análises para o ano de 2012 sobre a perda de produtividade. **Planejamento e políticas públicas**, n. 49, jul./dez. 2017.

GRUBBA, L.S.; MESSA, A.C. Desenvolvimento humano e igualdade de gênero: uma análise sobre o aspecto econômico e político. **Revista Em Tempo**, 2020 - 200.10.239.72.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas de Gênero Indicadores sociais das mulheres no Brasil**. Rio de Janeiro, Brasil, 2018.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da Violência 2018**. Rio de Janeiro, Brasil, 2018.

IPEA. **Pesquisa avalia a efetividade da Lei Maria da Penha**, Rio de Janeiro, Brasil, 2015.

KRUG, E. G. **Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde (OMS). 2002.

LEITE, F.M.C. Análise da tendência da mortalidade feminina por agressão no Brasil, estados e regiões. **Ciênc. saúde coletiva**. 2017, v.22, n.9, p.2971-2978. ISSN 1678-4561.

LISBOA, T.K. Gênero, feminismo e Serviço Social – encontros e desencontros ao longo da história da profissão. **Rev. Katál. Florianópolis**, v. 13 n. 1 p. 66-75 jan./jun. 2010.

LOBATO, L. Algumas considerações sobre a representação de interesses no processo de formulação de políticas públicas. In SARAVIA, E. e FERRAREZI, E. (org.). **Políticas Públicas**, volume 1. Brasília: ENAP, 2006.

MALTA, D.C. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.16, n.4:233-244, out-dez, 2007.

MARGARITES, A.F.; MENEGHEL, S.N.; CECCON, R.F. Femicídios na cidade de Porto Alegre: Quantos são? Quem são?. **Rev Bras Epidemiol.** Abr-Jun 2017; v.20, n.2: 225-236.

MEIRA, K.C. Tendência temporal da mortalidade por homicídio de mulheres em região brasileira. **Revista Rene.** 2019;20:e39864.

MENEGHEL, S.N.; MARGARITES, A.F. Femicídios em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: iniquidades de gênero ao morrer. **Cad. Saúde Pública,** v.33, n.12:e00168516, 2017.

MENDES, R.N.P. A Violência contra a Mulher no âmbito Familiar. Id on Line. **Rev. Mult. Psic.** v.13, n. 47, p. 38-48, 2019 - ISSN 1981-1179.

MINAYO, M.C.S. **Violência e Saúde.** FIOCRUZ, Rio de Janeiro. 2006.

MORAIS NETO, O.L. Mortalidade por acidentes de transporte terrestre no Brasil na última década: tendência e aglomerados de risco. **Ciência e Saúde Coletiva,** 2012.

NJAINÉ, K. **Impactos da violência na saúde.** Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013.

NICHNIG, C.R. O casamento e a união estável são “o tesouro atrás do arco-íris”? Notas sobre família e conjugalidade no Brasil contemporâneo. **Revista PerCursos.** Florianópolis, v. 14, n.27, jul./dez. 2013. p. 33 – 55.

NORTE, C.R. **Femicídio nos estados da região Nordeste do Brasil, uma tragédia no cotidiano do machismo.** Trabalho apresentado no VII *Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población* e XX Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em Foz do Iguaçu/PR – Brasil, de 17 a 22 de outubro de 2016.

OLIVEIRA, T.J.; RIOS, M.A.; TEIXEIRA, P.N. **Mortalidade de mulheres em idade fértil na região de saúde de Guanambi/ BA.** Mundo da Saúde, São Paulo – 2017.

OLIVEIRA, C.A.B. Perfil da vítima e características da violência contra a mulher no Estado de Rondônia – Brasil. **Rev Cuid** 2019; v.10, n.1: e573.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã.** *Genebra: World Health Organization (WHO),* 2011.

ONU. **Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.** Brasil, 2015.

ONU. **Declaração sobre a eliminação da violência contra as mulheres - Resolução n° 48/104. 1993.**

ONU Mulheres - Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres. **Mais igualdade para as mulheres brasileiras: caminhos de transformação econômica e social** – Brasília, 2016.

PEREIRA, M.D.; FIGUEIREDO, J.M.A.; PEREIRA, M.D. Femicídio, leis de proteção às mulheres e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa da literatura. **Preprint Scielo,** 2020.

PIOVESAN, F.; IKAWA, D. **Violência doméstica contra a mulher e a proteção dos direitos humanos in direitos humanos. Direitos humanos no cotidiano jurídico.** São Paulo: centro de estudos da procuradoria geral do estado, 2004. 460 p. (série estudos n. 14)

PITILIN, É.B.; SBARDELOTTO, T. Mortalidade de Mulheres em Idade Reprodutiva: Estudo Comparativo Entre dois Períodos. **Revista Fund Care Online**, 2019.

PINTO, C.R.J. “Feminismo, História e Poder”. **Revista de Sociologia e Política**, (2010), v.18, n.36.

PISCITELLI, A. Recriando a (categoria) Mulher?. In: Leila Algranti (org.) “A prática Feminista e o Conceito de Gênero”. Textos Didáticos, nº 48. Campinas, IFCH-Unicamp, 2002.

PORTUGAL. **Ordenações Filipinas**, Livro V, 1595.

PRADO, D.; SANEMATSU, M. Femicídio #InvisibilidadeMata. Organização e Coordenação Editorial. **Instituto Patrícia Galvão**, 2017.

RIBEIRO, D. Feminismo negro para um novo marco civilizatório. Uma perspectiva brasileira, SUR 24 - v.13, n.24, p.99 – 104, 2016.

ROMANELLO, M. O índice de progresso social dos municípios de Santa Catarina (2010-2017). **Corecon-sc.org.br**, 2020.

ROMIO, J.A.F. Sobre o feminicídio, o direito da mulher de nomear suas experiências. Plural. **Revista De Ciências Sociais**, v. 26, n.1, p.79-102, 2019.

SAFFIOTI, H.I.B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu**, 2001.

SANTOS, C.M.; ZUMINO, W.P. **Violência contra as Mulheres e Violência de Gênero: Notas sobre Estudos Feministas no Brasil.** E.I.A.L., Vol. 16 – No 1 (2005).

SANTOS, C.M. Para uma abordagem interseccional da lei Maria da penha. In: **Uma década de lei Maria da Penha: percursos, práticas e desafios.** Machado, I.V.(Org) – Curitiba: CRV, 2017.

SECCHI, L. **Análise de Políticas Públicas – Diagnostico de Problemas, Recomendação de Soluções.** São Paulo. Editora Cengage Learnig, 1 edição, 2016.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica.** Texto original: Joan Scott – *Gender: a useful category of historical analyses. Gender and the politics of history. New York, Columbia University Press*, 1989.

SOARES FILHO, A.M.; MERCHAN-HAMANN, E.; VASCONCELOS, C.H. Expansão, deslocamento e interiorização do homicídio no Brasil, entre 2000 e 2015: uma análise espacial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.8, p.3097-3105, 2020.

SOUZA, E.R. Homicídios de mulheres nas distintas regiões brasileiras nos últimos 35 anos: análise do efeito da idade-período e coorte de nascimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.9, p.2949-2962, 2017.

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. Saúde**, Brasília, v.29, n.3:e2018451, 2020.

WASELFISZ, J.J. **Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil**. 1ª Edição, Brasília – DF – 2015

WASELFISZ, J.J. **Mapa da violência 2016: homicídios por armas de fogo no Brasil**. 1º edição. Brasília, DF, Brasil, 2016.