



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cienciasaudecoletiva@fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva

Brasil

Marabotti Costa Leite, Franciele; Mascarello, Keila Cristina; Santana Coelho Almeida, Ana Paula; Lopes Fávero, Juliana; Soprani dos Santos, Andréia; Crochemore Mohnsam da Silva, Inácio; Wehrmeister, Fernando César

Análise da tendência da mortalidade feminina por agressão no Brasil, estados e regiões

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 9, septiembre, 2017, pp. 2971-2978

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63052677018>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Análise da tendência da mortalidade feminina por agressão no Brasil, estados e regiões

Analysis of the female mortality trend due to assault in Brazil, States and Regions

Franciele Marabotti Costa Leite<sup>1</sup>

Keila Cristina Mascarello<sup>2</sup>

Ana Paula Santana Coelho Almeida<sup>2</sup>

Juliana Lopes Fávero<sup>3</sup>

Andréia Soprani dos Santos<sup>2</sup>

Inácio Crochemore Mohnsam da Silva<sup>4</sup>

Fernando César Wehrmeister<sup>4</sup>

**Abstract** This study aimed to analyze time trend of female mortality due to assault in Brazil, regions and states from 2002 to 2012. This is an ecological times series study with secondary data from women aged 20-59 years who died due to assault. Mortality rates were analyzed by simple linear regression and stratified by region, Gini Index and Human Development Index (HDI). The trend of female rate of mortality due to assault was stable in the country, with differences between states and regions. The Midwest had the highest rates and stagnation trend. There was an increased trend in the North, Northeast and South and a decreased trend in the Southeast. The states of the tertile with the highest HDI evidenced a declining trend and stabilization in the first and second tertiles. An increased mortality rate was recorded in states with greater social inequality. Notwithstanding the national stabilization behavior, results point to the need for social policies appropriate to the specificities of states and regions.

**Key words** Violence against women, Assault, Mortality rate, Time series studies, Mortality records

**Resumo** O objetivo do estudo foi analisar a tendência temporal da taxa de mortalidade feminina por agressão no Brasil, regiões e estados no período de 2002 a 2012. Estudo ecológico de série temporal com dados secundários de mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos mortas por agressão. As taxas de mortalidade foram analisadas por regressão linear simples, estratificadas por região, Índice de Gini e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Evidenciou-se no país tendência estável na taxa de mortalidade feminina por agressão, com diferenças entre estados e regiões. O Centro-Oeste apresentou maiores taxas e tendência de estagnação. Observou-se tendência de aumento nas regiões Norte, Nordeste e Sul e diminuição na região Sudeste. Os estados pertencentes ao tercil com maior IDH apresentam tendência de declínio e estabilização nos 1º e 2º tercils. Foi observado aumento da taxa de mortalidade nos estados com maior desigualdade social. Apesar do comportamento de estabilização no país os resultados apontam para a necessidade de políticas sociais adequadas às especificidades dos estados e regiões.

**Palavras-chave** Violência contra a mulher, Agressão, Coeficiente de mortalidade, Estudos de séries temporais, Registros de mortalidade

<sup>1</sup>Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Av. Marechal Campos s/n, Maruípe. 29000-000 Vitoria ES Brasil. francilemarabotti@gmail.com

<sup>2</sup>Departamento de Ciências da Saúde, Centro Universitário Norte do Espírito Santo, UFES. Vitoria ES Brasil.

<sup>3</sup>Vigilância Epidemiológica, Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes. Vitória ES Brasil.

<sup>4</sup>Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas RS Brasil.

## Introdução

A violência constitui um grave problema e grande desafio para o setor saúde, por suas repercuções e impactos em todos os âmbitos da vida dos indivíduos, grupos e nações<sup>1</sup>. Enquanto um fenômeno multifatorial e complexo, a violência está relacionada às práticas culturais em toda a sociedade, independente do nível de renda ou educação, encontrando-se em constante revisão à medida que os valores e as normas sociais evoluem<sup>2</sup>. Além disso, a determinação da violência relaciona-se a fatores históricos, contextuais, estruturais, culturais e interpessoais<sup>3</sup>.

Neste contexto, em meio às diversas formas de violência existentes, a praticada contra a mulher, abarca os tipos decorrentes das relações desiguais entre os sexos<sup>4</sup>, estabelecidas, a partir de determinantes culturais arraigados na construção dos papéis masculinos e femininos que legitimam o poder dos homens sobre as mulheres<sup>5</sup>. Os assassinatos femininos, conhecidos como femicídios, representam uma forma de dominação, exercício de poder e controle feminino, e caracterizam a máxima violação dos direitos da mulher<sup>6,7</sup>.

No Brasil, nos últimos 30 anos, mais de 90 mil mulheres foram assassinadas. Dados mostram que a taxa de homicídios femininos aumentaram de 2,3 por 100 mil em 1980 para 4,6 em 2010<sup>8</sup>. Vale ainda destacar que 40% dos homicídios femininos ocorrem na residência, enquanto em relação aos homens 15% ocorrem nesse local. Esse fato indica a ocorrência de mortes de mulheres de forma violenta, provocadas por maior contato interpessoal, bem como sugere a violência conjugal ser de aspecto central para a caracterização desse fenômeno e que a morte é, muitas vezes, o desfecho de histórias marcadas pela violência<sup>9</sup>.

Acredita-se que uma das formas de se prevenir a ocorrência da violência contra a mulher, e consequentemente dos óbitos por agressão, é a adoção de medidas intersetoriais que visem à divulgação e ao cumprimento da Lei 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha<sup>10,11</sup>. Esta lei constitui um marco na legislação brasileira e visa coibir todas as formas a violência contra a mulher, seja de ordem física, moral, sexual, psicológica, lesão e morte<sup>11</sup>, bem como possui um importante papel na equalização entre os gêneros.

Diante do exposto, considerando a importância do enfrentamento da violência contra a mulher e a necessidade de dados que desvalem o problema e sua evolução temporal, o presente estudo teve por objetivo analisar a tendência temporal das taxas de mortalidade feminina por

agressão no Brasil, regiões e estados no período de 2002 a 2012. Pretendeu-se ainda analisar o comportamento da taxa de mortalidade segundo desenvolvimento humano (Índice Desenvolvimento Humano – IDH) e desigualdade (Índice de Gini) dos estados federativos.

## Métodos

Trata-se de um estudo de série temporal baseado em dados extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde. Para compor os dados, para cálculo das taxas de mortalidade, foram selecionados os óbitos referentes ao sexo feminino em idade de 20 a 59 anos, por ser um grupo com elevada taxa de homicídio<sup>8</sup>, que tiveram como causa básica mortes provocadas por agressões, classificadas entre os códigos X85 e Y09 do Capítulo XX da 10<sup>a</sup> Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doença Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). O denominador foi composto pelo total de mulheres de 20 a 59 anos por Estado, para cada ano do período em estudo. Foram analisados os coeficientes de mortalidade feminina por agressão do Brasil, regiões e estados, após padronização pelo método direto por faixa etária utilizando como referência a população do país no Censo de 2010<sup>12</sup>.

As taxas de mortalidade foram corrigidas a partir do percentual de óbitos por causas mal definidas, com estratégia de redistribuição proporcional, visando diminuir o impacto da subestimação das mortes. Foi utilizado como parâmetro um percentual de 9,3% das mortes mal definidas, reclassificadas como causas externas em outro estudo<sup>13</sup>, extraindo dessas o percentual representado pelas agressões em cada faixa etária, ano e estado do período estudado. Maiores detalhes sobre a correção das taxas podem ser obtidos em estudo prévio<sup>13</sup>.

Além da estratificação por regiões geográficas, as taxas de mortalidade dos estados foram analisadas por tercís de IDH e do Índice de Gini. Estes índices foram extraídos da publicação Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil<sup>14</sup>. O IDH mede o grau de desenvolvimento econômico e a qualidade de vida da população, varia de zero a um, o valor zero caracteriza nenhum desenvolvimento humano e o valor um o total desenvolvimento humano. Já o Índice de Gini mede a distribuição da renda no país o que remete às desigualdades sociais, varia de zero a um, sendo o valor zero o que representa a situação de com-

pleta igualdade e o valor um aponta a extrema desigualdade. O índice de Gini foi categorizado em tercis, nos quais foram alocados no primeiro tercil os estados com menor desigualdade (0,49 – 0,56), seguindo pelos do segundo (0,59-0,62) e àqueles com maiores desigualdades pertencentes ao 3º (0,63-0,65). O IDH estadual também foi classificado em tercis, sendo o primeiro tercil àquele com menor desenvolvimento (0,631-0,673), o segundo (0,674-0730) e o terceiro (0,731-0,824) àqueles com maior nível de desenvolvimento humano.

Os dados utilizados foram inicialmente organizados no programa Excel para Windows e posteriormente analisados no programa estatístico Stata 13.0. Foram realizadas análises de tendência temporal por meio de regressão linear, após verificação de não correlação entre os erros-padrão ao longo do tempo, através do teste de Breusch Godfrey. Na análise de regressão linear simples as taxas de mortalidade por agressão, tercis de índice de Gini e IDH, foram consideradas como variáveis dependentes (y) e os anos do período como variável independente (x).

Com o intuito de estimar o acréscimo ou decréscimo das taxas de mortalidade foram apresentados os coeficientes de regressão, seus intervalos de confiança de 95% e os respectivos valores-p dos testes de significância estatística. Além disso, foi calculada a variação anual percentual por meio da razão do coeficiente de regressão em relação à taxa de mortalidade no início do período analisado. Foram consideradas significativas as variações na taxa de mortalidade por agressão que apresentaram nível de significância  $\alpha = 5\%$  na regressão linear. Para confirmar a utilização do modelo de regressão linear foi realizado o modelo de Polinômios fracionais, no qual se observou que mesmo com cinco graus, o melhor modelo não é diferente do linear (valor de  $p = 1,0$ ).

Para observação temporal e apresentação da variável dependente também foram construídos três mapas com os coeficientes de mortalidade estaduais padronizados, para os anos de 2002, 2007 e 2012 utilizando os programas Tabwin e Excel.

Por se tratar de pesquisa utilizando exclusivamente dados secundários de domínio público está dispensada de submissão e aprovação por Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados

No Brasil, a taxa de mortalidade na população feminina de 20 a 59 anos por agressões passou de 5,84 no ano de 2002 para 6,16 por 100 mil mulheres em 2012. Vale enfatizar, que o Espírito Santo foi o estado que obteve as maiores taxas de óbitos femininos por agressão em 2002, 2007 e 2012, e os estados de Alagoas, Tocantins, Paraíba, Bahia, Amazonas, Maranhão, Pará, Paraná e Minas Gerais evidenciam aumentos consideráveis de suas taxas no período (Tabela 1). A distribuição da mortalidade nos anos 2002, 2007 e 2012, em todo o território brasileiro, pode ser visualizada na Figura 1.

Analizando as taxas de mortalidade por agressão nas regiões geográficas brasileiras, destaca-se que na região Centro-Oeste é mais elevada em comparação às outras regiões, com tendência de estagnação deste indicador no período de estudo. Observou-se tendência de aumento nas regiões Norte, Nordeste e Sul, evidenciada pelos acréscimos de 5,74%, 5,49% e 2,92% na taxa de mortalidade por ano, respectivamente. Por outro lado, na região Sudeste observou-se um declínio anual médio de 3,41% ( $p < 0,05$ ) (Tabela 2 e Figura 2a).

Analizando as taxas de óbitos de mulheres por agressão segundo o IDH, nota-se no 1º e 2º tercil uma tendência de estabilidade. Essa tendência é possivelmente explicada por uma oscilação na taxa de mortalidade no período aproximado entre 2005 e 2008, o qual caracteriza-se por ter sido o único de redução em comparação aos demais (2002 – 2004 e 2008 – 2012) que expressam um aparente aumento da mortalidade feminina por agressões (Figura 2b). No 3º tercil, no entanto, a avaliação temporal evidenciou uma tendência de declínio com redução média de 1,58% ao ano durante o período avaliado (Tabela 2).

Em relação ao índice de Gini, foi evidenciado um aumento da taxa de mortalidade feminina por agressão nos estados com maior desigualdade social, com acréscimo médio anual na taxa de 1,70% no 2º tercil e de 4,83% no 3º tercil (Tabela 2). Os estados pertencentes ao 1º tercil apresentaram tendência de estabilização nesse período. No início do período este tercil apresentava a maior taxa de mortalidade feminina (2002), enquanto em 2012 apresentou a menor (Figura 2c).

**Tabela 1.** Índice de Gini, IDH, taxas bruta e padronizada e tendência da mortalidade por agressão em mulheres de 20 a 59 anos no Brasil por Unidade da Federação, 2002, 2007 e 2012.

Estado	Índice de Gini (tercil)	IDH (tercil)	Taxa de mortalidade padronizada			Coeficiente de regressão* (IC 95 %**)	Variação anual***
			2002	2007	2012		
<b>Norte</b>							
Acre	0.63 (3)	0.663 (1)	6.08	7.29	5.86	0.15 (-0.32;0.35)	2.46
Amazonas	0.65 (3)	0.674 (2)	3.43	4.54	8.65	<b>0.40 (0.17;0.62)</b>	<b>11.94</b>
Amapá	0.60 (2)	0.708 (2)	10.17	9.83	7.05	<b>-0.39 (-0.83;-0.38)</b>	<b>-3.83</b>
Rondônia	0.56 (1)	0.690 (2)	10.48	4.96	7.79	-0.23 (-0.64;0.18)	2.19
Roraima	0.63 (3)	0.707 (2)	4.15	6.59	4.77	0.09 (-0.17;0.37)	2.16
Tocantins	0.60 (2)	0.699 (2)	4.77	5.60	10.12	<b>0.46 (0.08;0.83)</b>	<b>9.64</b>
Pará	0.62 (2)	0.646 (1)	3.85	6.11	7.95	<b>0.40 (0.30;0.49)</b>	<b>10.38</b>
<b>Nordeste</b>							
Alagoas	0.63 (3)	0.631 (1)	7.57	9.38	11.09	<b>0.42 (0.14;0.70)</b>	<b>5.54</b>
Bahia	0.62 (2)	0.660 (1)	2.31	4.83	8.07	<b>0.55 (0.45;0.65)</b>	<b>23.80</b>
Ceará	0.61 (2)	0.682 (2)	4.93	4.08	6.31	<b>0.12 (-0.03;0.28)</b>	<b>2.43</b>
Maranhão	0.62 (2)	0.639 (1)	2.57	2.65	5.17	<b>0.28 (0.10;0.45)</b>	<b>10.89</b>
Paraíba	0.61 (2)	0.658 (1)	3.87	5.08	9.18	<b>0.62 (0.45;0.79)</b>	<b>16.02</b>
Pernambuco	0.62 (2)	0.673 (1)	9.11	8.70	6.09	-0.23 (-0.42,0.05)	-2.52
Piauí	0.61 (2)	0.646 (1)	3.10	3.38	4.16	0.04 (-0.05;0.15)	1.29
Rio Grande do Norte	0.60 (2)	0.684 (2)	2.38	3.81	4.96	<b>0.33 (0.17;0.50)</b>	<b>15.21</b>
Sergipe	0.62 (2)	0.665 (1)	6.09	4.68	7.96	0.18 (-0.04;0.42)	2.95
<b>Centro-oeste</b>							
Distrito Federal	0.63 (3)	0.824 (3)	5.56	4.96	6.16	0.08 (-0.01;0.19)	1.43
Goiás	0.55 (1)	0.735 (3)	7.98	5.47	9.60	0.26 (-0.01;0.53)	3.25
Mato Grosso	0.55 (1)	0.725 (2)	10.27	10.33	8.45	<b>-0.27 (-0.46;-0.08)</b>	<b>-2.62</b>
Mato Grosso do Sul	0.56 (1)	0.729 (2)	9.97	6.62	8.44	-0.08 (-0.35;0.18)	-0.80
<b>Sul</b>							
Paraná	0.53 (1)	0.749 (3)	5.26	5.47	7.80	<b>0.23 (0.09;0.37)</b>	<b>4.37</b>
Rio Grande do Sul	0.54 (1)	0.746 (3)	4.76	4.22	6.20	<b>0.13 (0.02;0.25)</b>	<b>2.73</b>
Santa Catarina	0.49 (1)	0.774 (3)	3.99	2.82	3.96	0.04 (-0.08;0.16)	1.00
<b>Sudeste</b>							
Espírito Santo	0.56 (1)	0.740 (3)	12.06	13.84	11.35	0.07 (-0.34;0.49)	0.58
Minas Gerais	0.56 (1)	0.731 (3)	4.30	5.51	6.09	<b>0.10 (0.02;0.19)</b>	<b>2.32</b>
Rio de Janeiro	0.59 (2)	0.761 (3)	8.38	6.61	5.20	<b>-0.43 (-0.56;-0.31)</b>	<b>-5.13</b>
São Paulo	0.56 (1)	0.783 (3)	6.77	3.52	3.68	<b>-0.33 (-0.44;-0.21)</b>	<b>-4.87</b>
<b>Brasil</b>	0.52	0.699	5.84	5.14	6.16	0.01 (-0.04;0.07)	0.17

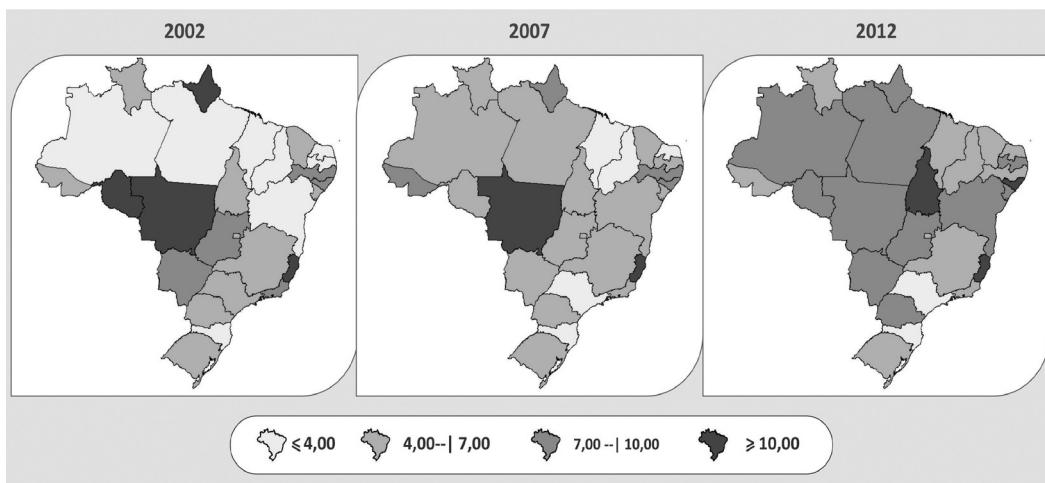
\*Calculado utilizando as taxas de mortalidade padronizadas para todos os anos do período em estudo. \*\* Intervalo de confiança de 95%. \*\*\* Variação média percentual anual.

## Discussão

Os dados do presente estudo evidenciam tendência de estabilidade nas taxas de mortalidade feminina por agressão ao longo do período de 2002 a 2012 no Brasil. Esta estabilidade é possivelmente explicada por declínios, no período, na região Sudeste, e aumento nas regiões Norte, Nordeste e Sul. Além das desigualdades regionais na tendência temporal de mortalidade feminina por agressões, também se observou especificidades em re-

lação aos aspectos socioeconômicos. Os estados pertencentes aos tercis de menor IDH e aqueles pertencentes aos tercis com maior desigualdade apresentaram maior taxa de mortalidade.

A estabilidade da taxa de mortalidade feminina por agressões em nível nacional parece seguir alguns padrões evidenciados também em outros países. Estudo recente revela uma estabilização na mortalidade de mulheres por homicídio no país, que também é apresentada nos Estados Unidos, Equador e Chile<sup>15</sup>. Por outro lado, na Itália, o ho-



**Figura 1.** Distribuição da mortalidade por agressão em mulheres de 20 a 59 anos no Brasil, nos anos 2002, 2007 e 2012.

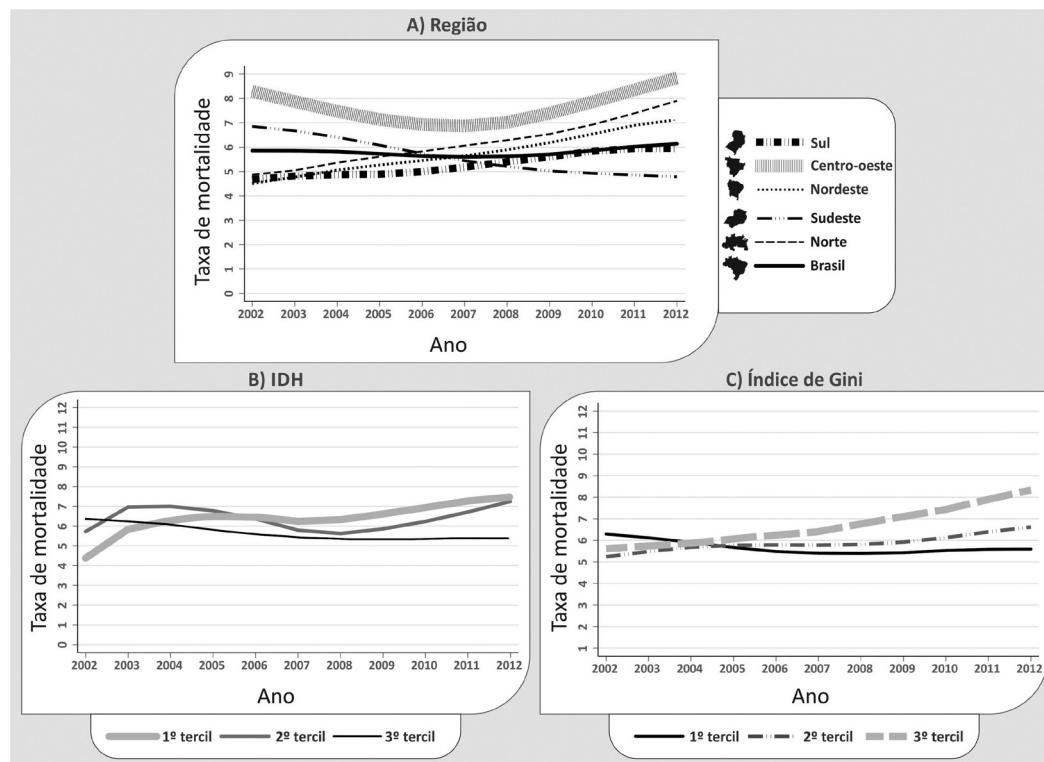
**Tabela 2.** Coeficientes de regressão e variação percentual nas taxas de mortalidade por agressão de mulheres de 20 a 59 anos no Brasil por Região, tercis de Coeficiente de Gini e IDH, 2002 a 2012.

	Coeficiente	IC 95%*	Valor-p	% variação	Tendência
<b>Região</b>					
Nordeste	0.25	0.18;0.32	<0.001	5.49	aumento
Norte	0.28	0.20;0.35	<0.001	5.74	aumento
Centro-oeste	0.05	-0.12;0.23	0.482	0.60	estável
Sudeste	-0.23	-0.29;-0.16	<0.001	-3.41	diminuição
Sul	0.14	0.04;0.25	0.01	2.92	aumento
<b>IDH</b>					
1º	0.16	-0.15;0.48	0.272	3.51	estável
2º	-0.04	-0.41;0.31	0.766	-0,66	estável
3º	-0.10	-0.17;0.03	0.006	-1,58	diminuição
<b>Tercis de Gini</b>					
1º	-0.64	-0.14;0.01	0.094	-3.51	estável
2º	0.09	0.03;0.16	0.010	1.70	aumento
3º	0.27	0.16;0.37	<0.001	4.83	aumento
Brasil	0.01	-0.04;0.07	0.558	0.17	estável

\* IC 95%: Intervalo de confiança de 95%.

micídio feminino encontra-se em ascensão, sendo responsável por 30,9% de todos os homicídios em 2011<sup>16</sup>. Independente da evolução temporal e das diferenças socioeconômicas e geográficas ressalta-se as altas taxas de mortalidade feminina por agressões no Brasil. Segundo o Mapa da Violência, em 2012, o país ocupava o sétimo lugar no ranking mundial dos homicídios femininos, sendo os três primeiros ocupados por El Salvador; Trinidad e Tobago e Guatemala<sup>8</sup>.

Em alguns estados nota-se uma tendência de taxas ascendentes, como observado na Bahia, Paraíba, Rio Grande do Norte, Maranhão, Amazonas, Pará e Tocantins. Dados semelhantes foram encontrados em estudo sobre femicídios no Brasil no período de 2003 a 2007<sup>17</sup>. Vale ainda considerar que as mortes femininas por agressão constituem um indicador de violência de gênero, visto que em sociedades mais violentas, as mulheres são mais penalizadas. Condições de violência na



**Figura 2.** Tendência temporal das taxas de mortalidade por agressão de mulheres de 20 a 59 anos no Brasil por Região, tercís de Índice de Gini e IDH, 2002 a 2012.

sociedade favorecem a desigualdade de gênero, que culminam em elevadas taxas de mortalidade feminina por agressão<sup>18</sup>, como visto nos Estados do Espírito Santo e Alagoas, que também apresentam altas taxas de homicídios masculinos<sup>19</sup>.

Outro aspecto de relevância são as diferenças regionais apresentadas neste estudo, que imprimem diferentes padrões de mortalidade no país. Notam-se altas taxas de mortalidade feminina por agressão no centro-oeste, e tendência de aumento nas regiões norte, nordeste e sul. Estudos mostram que o femicídio está presente tanto em zona urbana, onde predominam o tráfico de drogas e os conflitos armados, como em zonas rurais, áreas de fronteira e de conflitos de terras, visualizadas com frequência nas regiões norte e centro-oeste<sup>17</sup>. Vale considerar ainda que em algumas regiões existe uma supervvalorização do papel sexual do homem, manutenção do papel patriarcal e submissão da mulher, o que leva ao aumento da desigualdade de gênero<sup>18</sup>. Por outro lado, como as diferenças socioeconômicas regionais são reconhecidamente importantes em nosso país, a exploração das taxas de mortalidade de

acordo com o IDH e o Índice de Gini favorece o melhor entendimento da evolução temporal deste indicador. No presente estudo, estados federativos com maior desigualdade social apresentaram marcadamente tendências de aumento da mortalidade feminina por agressões entre 2002 e 2012. Os estados com menor desenvolvimento encontram-se estáveis, entretanto, com maiores taxas em relação aos estados com maior IDH.

Ao analisar as tendências regionais, de IDH e Índice de Gini, algumas exceções como o Espírito Santo chamam atenção, visto que apresentam melhores indicadores de desenvolvimento humano e de desigualdades, e também elevadas taxas de mortalidade em comparação a outros estados. Assim, ressalta-se que embora questões socioeconômicas estejam extremamente vinculadas à mortalidade feminina por agressões, fatores que permeiam a violência vão além da pobreza e desigualdade social. Esses achados reforçam a ideia da violência contra a mulher enquanto um fenômeno multifatorial, que compreende uma interação dos fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais<sup>20</sup>, neste contexto,

torna-se necessários estudos que desvem os possíveis fatores que predispõem as altas taxas de femicídios nesse Estado.

Outra questão que merece ser pontuada nessa discussão é a Lei Maria da Penha. Estudo recente<sup>21</sup> avaliou a efetividade da Lei, e demonstra que a mesma cumpriu um papel relevante para conter a violência de gênero, ainda que sua efetividade não tenha se dado de maneira uniforme no país. A implantação e a ampla divulgação desta Lei ocorreram concomitantemente à queda nas taxas de mortalidade por agressão no Brasil no ano de 2006, seguido de um aumento no ano de 2007, de acordo com os achados deste estudo. Esse aumento, possivelmente está relacionado à limitada implantação dos serviços previstos na Lei, contribuindo assim com a menor punição para o agressor e perpetração da violência<sup>21</sup>. Outra possível justificativa pode ser o aumento imediato dos registros e maior encorajamento para a realização de denúncias. Entretanto, destaca-se que somente medidas coercitivas não são capazes de diminuir a violência contra as mulheres, sendo necessárias ações educativas e de valorização delas em uma sociedade<sup>22</sup>.

Nesse sentido, de modo a contribuir com a redução da violência contra a mulher os serviços de saúde devem integrar-se a um serviço social mais amplo, apoiando a ação dos agentes da Segurança Pública e da Justiça, exercendo importante papel no enfrentamento desse fenômeno. Algumas medidas têm sido propostas para reconhecer a violência enquanto problema de saúde pública. A Organização Mundial de Saúde orienta e reforça a necessidade de notificação dos casos de violência doméstica, sendo este um procedimento obrigatório, bem como o acolhimento e o reconhecimento da integridade das mulheres enquanto sujeito com direitos humanos<sup>23</sup>.

Vale ponderar algumas limitações do presente estudo. Embora o SIM tenha avançado nas últimas décadas, ainda existem diferenças em relação à qualidade da informação entre os estados, em virtude do preenchimento inadequado das declarações de óbito, bem como de diagnósticos equivocados. Estudos demonstram que muitos homicídios são considerados acidentes ou suicídios, fator que pode subestimar estas medidas de ocorrência<sup>16,24</sup>. Por outro lado, é questionado se a tendência de aumento identificado em alguns estados é reflexo do real crescimento na taxa de mortalidade, ou melhoria no registro no óbito. Cabe destacar que no caso da existência da melhoria no registro, ressalta-se sua importância nas ações de combate à violência, possibilitando melhor conhecimento da realidade e adoção de medidas e elaboração de políticas pautadas no perfil da mortalidade.

Considerando os resultados, percebe-se que embora as taxas de mortalidade feminina por agressão no Brasil apresentem em geral tendência estável, as taxas regionais e estaduais evidenciam importantes diferenças no padrão da mortalidade. Fatores socioeconômicos expressos pelo IDH e Índice de Gini ressaltam a existência de iniquidades sociais na ocorrência e evolução desta mortalidade. Além disso, esses achados retratam um volume considerável da violência no país, o que remete a um grave problema de saúde pública em âmbito nacional. Nesse contexto, reduzir as condições que favorecem a violência torna-se relevante em todos os estados brasileiros com atenção especial às diferenças loco-regionais e socioeconômicas, bem como a integração de setores da saúde, educação, assistência social, econômico e judicial na direção do enfrentamento da violência contra a mulher.

## Colaboradores

FMC Leite, KC Mascarello, APSC Almeida, JL Favero e AS Santos participaram da concepção, delineamento, análise, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada; ICM Silva e FC Wehrmeister do delineamento, análise, interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

## Referências

1. Souza ER, Melo AN, Silva JG, Franco SA, Alazraqui M, González-Pérez GJ. Estudo multicêntrico da mortalidade por homicídios em países da América Latina. *Cien Saude Colet* 2012; 17(12):3183-3193.
2. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington: OMS; 2002.
3. Guimarães CF, Meneghel SN, Zwetsch BE, Silva LB, Grano MS, Siqueira TP, Oliveira CS. Homens apenados e mulheres presas: estudo sobre mulheres de presos. *Psicología & Sociedad* 2006; 18(3):48-54.
4. Lucena KDT, Silva ATMC, Moraes RM, Silva CC, Bezerra IMP. Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Cad Saude Publica* 2012; 28(6):1111-1121.
5. Lamoglia CVA, Minayo MCS. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet* 2009; 14(2):595-604.
6. Campbell JC, Glass N, Sharps PW, Laughon K, Bloom T. Intimate partner homicide: review and implications of research and policy. *Trauma Violence Abuse* 2007; 8(3):246-269.
7. Taylor R, Jasinski JR. Femicide and the feminist perspective. *Homicide Stud* 2011; 15(4):341-362.
8. Waiselfisz JJ. *Mapa da violência 2012 atualização: Homicídios de mulheres no Brasil*. Rio de Janeiro: CEBELA-FLACSO; 2012.
9. Machado MRA, Matsuda FE, Giannattasio ARC, Couto MCG, Tozi TS, Carli e Silva ML, Pryzbylski LC, Chrysafidis LC. A violência doméstica fatal: o problema do feminicídio íntimo no Brasil. Brasília: Ministério da Justiça; 2015.
10. Garcia LP, Freitas LRS, Höfelmann DA. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. *Epidemiol Serv Saúde* 2013; 22(3):383-394.
11. Brasil. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. 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* 2006; 8 ago.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2010*. [acessado 2015 abr 19]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>
13. França E, Teixeira R, Ishitani L, Duncan BB, Cortez-Escalante JJ, Morais OL, Szwarcwald CL. Ill-defined causes of death in Brazil: a redistribution method based on the investigation of such causes. *Rev Saude Publica* 2014; 48(4):671-681.
14. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*. Brasília: IPEA; 2013. [acessado 2015 abr 19]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/>
15. Gawryszewski VP, Sanhueza A, Martinez-Piedra R, Escamilla JA, Souza MFM. Homicídios na região das Américas: magnitude, distribuição e tendências, 1999-2009. *Cien Saude Colet* 2012; 17(12):3171-3182.
16. Bonanni E, Maiese A, Gitto L, Falco P, Maiese A, Bolino G. Femicide in Italy: national scenario and presentation of four cases. *Med Leg J* 2014; 82(1):32-37.
17. Meneghel SN, Hirakata VN. Femicidios: homicídios femininos no Brasil. *Rev Saude Publica* 2011; 45(3):564-574.
18. Leites GT, Meneghel SN, Hirakata VN. Homicídios femininos no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17(3):642-653.
19. Waiselfisz JJ. *Mapa da violência 2013: mortes matadas por arma de fogo*. Rio de Janeiro: Cebela-Flacso; 2013.
20. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Cien Saude Colet* 2006; 11(Supl.):1163-1178.
21. Cerqueira D, Matos M, Martins APA, Pinto Júnior J. *Avaliando a efetividade da Lei Maria da Penha*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada; 2015.
22. Amaral NA, Amaral CA, Amaral TLM. Mortalidade feminina e anos de vida perdidos por homicídio/agressão em capital brasileira após promulgação da Lei Maria da Penha. *Texto Contexto-Enferm* 2013; 22(4):980-988.
23. World Health Organization (WHO). *Multi-country study on women's health and domestic violence against women*. Geneva: WHO; 2005.
24. Coeli CM. Sistemas de Informação em Saúde e uso de dados secundários na pesquisa e avaliação em saúde. *Cad Saude Colet* 2010; 18(3):335-336.

Artigo apresentado em 14/09/2016

Aprovado em 16/03/2017

Versão final apresentada em 18/03/2017