



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TILSON NUNES MOTA

**TENDÊNCIA DA MORTALIDADE FEMININA POR AGRESSÕES NAS
MICRORREGIÕES DO ESTADO DA BAHIA**

**SALVADOR
2016**

TILSON NUNES MOTA

**TENDÊNCIA DA MORTALIDADE FEMININA POR AGRESSÕES NAS
MICRORREGIÕES DO ESTADO DA BAHIA**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, na Linha de pesquisa Mulher, Gênero e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Nadirlene Pereira Gomes
Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Ridalva Dias Martins Felzemburg

**SALVADOR
2016**

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA), com os dados fornecidos pelo autor

Nunes Mota, Tilson

Tendência da mortalidade feminina por agressões nas microrregiões do estado da Bahia / Tilson Nunes Mota. -- Salvador, 2016.

77 f.

Orientadora: Dr^a Nadirlene Pereira Gomes.

Coorientadora: Dr^a Ridalva Dias Martins Felzemburg.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) -- Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2016.

1. Mulheres agredidas - Mortalidade - Tendências. 2. Violência contra a mulher - Comportamento social. 3. Violência contra a mulher - Prevenção e controle. 4. Saúde da mulher - Políticas publicas. I. Gomes, Nadirlene Pereira. II. Felzemburg, Ridalva Dias Martins. III. Título.

TILSON NUNES MOTA

**TENDÊNCIA DA MORTALIDADE FEMININA POR AGRESSÕES NAS
MICRORREGIÕES DO ESTADO DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, Linha de Pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde.

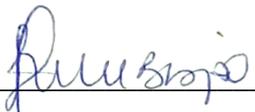
Aprovada em 25 de maio de 2016.

BANCA EXAMINADORA

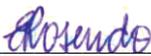
Nadirlene Pereira Gomes


Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia e Professora da Universidade Federal da Bahia

Tânia Christiane Ferreira Bispo


Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Professora da Universidade do Estado da Bahia

Enilda Rosendo do Nascimento


Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e Professora da Universidade Federal da Bahia

Maria Enoy Neves Gusmão

Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Professora da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

**A minha mãe Neuza Maria Nunes que acreditou arduamente em meu sonho, suas
orações me sustentaram até aqui.
Ao meu amigo Genebaldo Pinto Ribeiro. Isso hoje existe porque você foi o inspirador.
A todas as mulheres (*in memoriam*) que foram assassinadas no estado da Bahia.**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelas oportunidades que colocou em meu caminho, pelas pessoas que me ajudaram e pelas orientações nas escolhas que fiz.

A todos os meus familiares que me ajudaram em especial minha mãe e meu pai.

A minha orientadora, Prof^a Dr^a Nadirlene Pereira Gomes, que se apresentou como referência sólida nas discussões sobre a violência contra a mulher.

A minha co-orientadora, Prof^a Dr^a Ridalva Martins Dias Felzemburg, pela proeza de me fazer compreender e utilizar a estatística, sem os quais os meus objetivos não seriam alcançados.

A Prof^a Dr^a Enilda Rosendo, que contribuiu de maneira singular nas discussões sobre gênero e suas interfaces com a saúde da mulher.

A Prof^a Dr^a Tânia Christiane Ferreira Bispo, pela disponibilidade em participar da banca de defesa e contribuir com este trabalho.

A Prof^a Cristina Maria Meira de Melo, que de maneira única, carinhosa, especial e “viva” contribuiu para eu me tornar uma pessoa melhor. Levarei as suas palavras para toda a minha vida.

Muito obrigado às professoras do PPGENF-UFBA, que carinhosamente me acolheram nessa jornada do mestrado em especial a Prof^a Silvia Lúcia Ferreira, Prof^a Edméia Coelho, Prof^a Jeane Freitas e Prof^a Miriam Paiva. Sinto-me orgulhoso por ter tido a oportunidade de conviver com vocês.

A equipe do colegiado do PPGENF-UFBA pelo apoio nas demandas administrativas do curso de mestrado. A Márcia Mendes Campos meu agradecimento especial, sem sua ajuda tudo seria mais difícil.

Ao amigo Jules Ramon Brito Teixeira, sem o seu apoio nada disso seria possível. Você foi o maior incentivador para essa conquista. Desde antes do curso eu contei com a sua ajuda e nas discussões quase diárias sobre o que pesquisar. Enfim, muito obrigado!

Sou grato ao amigo Danillo Mota Lima, pela presença que acalmava o meu coração nos momentos de agonia, me ajudando a prosseguir no caminho.

Ao amigo Adilson Ribeiro, pela parceria que se constitui para toda vida.

O meu agradecimento a Arilma Rebouças, com quem compartilhei a convivência durante o curso de mestrado.

A Jordana Brock e Luana Campos, pelo auxílio na elaboração dos artigos.

A Fernanda Matheus Estrela, pelo entusiasmo, amizade e carinho durante o mestrado.

A Raiane Moreira, pelo auxílio na elaboração do referencial teórico durante a elaboração do projeto de pesquisa que deu origem a dissertação.

Aos colegas de turma que compartilhei as disciplinas deixo também o meu agradecimento pelas trocas e pelos debates. Não seria capaz de nomear a todos, mas agradeço a algumas e alguns na intenção de representar a todas (os) as demais: Anderson Reis, Frank Evilácio, Márcia Fernandes, Nayara Oliveira e Flávia Lacerda.

Gratidão imensa às amigas Adelia Pinheiro, Ana Fontes e Soraya Santiago pelo apoio incondicional.

RESUMO

MOTA, Tilson Nunes. **Tendência da mortalidade feminina por agressões nas microrregiões do estado da Bahia.** 2016 80p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

O feminicídio é um crime vivenciado pelas mulheres, geralmente perpetrado por homens e encontra-se arraigado na crença, socialmente compartilhada, do poder de dominação masculina sobre o corpo e a vida da mulher. Este estudo teve como objetivos analisar e descrever as características da tendência da mortalidade por agressões nas microrregiões do Estado da Bahia, Brasil, 2000 a 2012. Trata-se de um estudo ecológico com dados secundários oriundos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Foram calculados os coeficientes de mortalidade por agressão, em seguida efetuou-se o método direto de padronização. A análise de tendência foi executada por meio do modelo de regressão linear simples, tendo como variável dependente os coeficientes de mortalidade e como independente, os anos de ocorrência dos óbitos. Além disso, realizamos a análise descritiva das mortes por agressões estratificadas por local de ocorrência do óbito, faixa etária, cor/raça e escolaridade. Registrou-se, no SIM, 3.342 óbitos por feminicídio, com uma maior predominância entre as mulheres jovens, na faixa etária entre 20 e 29 anos, negras, com baixa escolaridade e que foram a óbito em via pública. No que tange a tendência da mortalidade por feminicídio, observou-se que 56,25% das 32 microrregiões do estado da Bahia permaneceram estáveis e 43,75% tendência crescente. Diante dos achados, percebemos a necessidade da adoção de medidas para o enfrentamento de fatores determinantes e condicionantes para o feminicídio na Bahia. Bem como, empoderar as mulheres através de qualificações profissionais que estimulem a sua inserção no mercado de trabalho e oportunize a autonomia financeira. Faz-se necessário ainda o maior incentivo a políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência contra a mulher com interface para a geração de renda.

Palavras-chave: Violência Contra a Mulher; Gênero; Saúde da Mulher; Saúde Pública; Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

MOTA, Tilson Nunes. **Tendency of feminine mortality by aggression in the microregions of the state of Bahia.** 2016 80p. Thesis (Master's Degree in Nursing) – School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2016.

Femicide is a crime experienced by women, generally perpetrated by men and can be found rooted in the belief, socially shared, in the power of masculine domination over women's bodies and lives. This study had the purpose to analyze and describe the characteristics about the tendency of mortality by aggression in microregions of the state of Bahia, Brazil, between 2000 and 2012. It is an ecological study using secondary data from the Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) / Mortality Information System. It was measured the coefficient of mortality by aggression, then it was applied a direct method of standardization. The analysis of tendency was executed through the model of simple linear regression, choosing as dependent variable the coefficient of mortality and as independent, the years of occurrence of the deaths. Furthermore, it was made a descriptive analysis of the deaths by aggression stratified by local of occurrence, age group, color/race and level of education. It was registered, at SIM, 3.342 deaths by femicide, with a major predominance between young women, at age 20 to 29, black, with low level of education and who suffered violence in public areas. Regarding the tendency of mortality by femicide, it was noticed that 56.25% of the 32 microregions in the state of Bahia remained stable and 43.75% presented growing tendencies. In front of what was found, we perceived a necessity of adoption of projects to confront the determining and conditioning factors surrounding femicide in Bahia. As well, it's ought to empower women through professional qualification that encourages their insertion in the job market, enabling financial autonomy. It is yet necessary a better incentive to public policies driven to the confrontation of violence against women with interface to income generation.

Key-words: Violence Against Women; Gender; Women's Health; Public Health; Health Public Policies.

RESUMEN

MOTA, Tilson Nunes. **Tendencia de la mortalidad femenina por agresiones en las microregiones del estado de Bahia**. 2016 80p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

El femicidio es un crimen que sufren las mujeres, generalmente perpetrados por hombres y tiene sus raíces en la creencia, compartida socialmente, de la dominación masculina de poder sobre el cuerpo y la vida de la mujer. Este estudio tuvo como objetivo analizar y describir las características de tendencia de mortalidad por las agresiones en las microrregiones del Estado de Bahía, Brasil, de 2000 a 2012. Este es un estudio ecológico con datos secundarios del Sistema de Información e Mortalidad (SIM). Fueron calculados los coeficientes de mortalidad por la agresión, en continuación, fue utilizado el método directo de estandarización. El análisis de tendencias se realizó a través del modelo de regresión lineal simple, que tuvo como variable dependiente los coeficientes de mortalidad y como independiente, los años de ocurrencia de muertes. Además, realizamos un análisis descriptivo de las muertes por agresiones estratificados por el lugar de muerte, la edad, el color / raza y la educación. Se encontró, en el SIM, 3.342 muertes debidas a feminicidio, con una mayor prevalencia entre las mujeres jóvenes, con edades comprendidas entre 20 y 29, negras, con poca educación y que murió en las calles públicas. En cuanto a la tendencia de mortalidad por el femicidio, se observó que 56,25% de las 32 microrregiones de Bahia permaneció estable y 43,75% en tendencia creciente. Dados los resultados, nos dimos cuenta de la necesidad de adoptar medidas para hacer frente a los determinantes y condicionantes de femicidio en Bahía. Así como la autonomía de la mujer a través de las competencias profesionales que favorezcan su integración en el mercado laboral y oportunice autonomía financiera. Se requiere además un mayor estímulo a las políticas públicas dirigidas a combatir la violencia contra las mujeres con interfaz para la generación de ingresos.

Palabras Clave: la violencia contra la mujer; género; Salud de la Mujer; Salud pública; Políticas de salud pública

LISTA DE SIGLAS

CID - Classificação Internacional de Doenças
CBCD - Centro Brasileiro de Classificação de Doenças
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DEAM - Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher
DO - Declaração de Óbito
GVIDA - Grupo de Estudos e Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML - Instituto Médico Legal
IPEA - Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas
NOAS - Norma Operacional de Assistência Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PDR - Plano Diretor de Regionalização
SESAB - Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia
SIM - Sistema de Informação de Mortalidade
SPM - Secretaria de Políticas para as Mulheres
SUS - Sistema Único de Saúde
SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1	VIOLÊNCIA E CAUSAS EXTERNAS DE MORTALIDADE NO BRASIL	17
2.2	CONTEXTUALIZANDO SOBRE O FEMICÍDIO E OS SEUS DETERMINANTES	20
2.3	POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	23
3	METODOLOGIA	27
3.1	DESENHO DE ESTUDO	27
3.2	LOCAL DO ESTUDO	27
3.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO	28
3.4	FONTE DE DADOS	28
3.5	VARIÁVEIS DO ESTUDO	28
3.6	PADRONIZAÇÃO DOS COEFICIENTES DE MORTALIDADE E POPULAÇÃO PADRÃO	29
3.7	PLANO DE ANÁLISE	29
4	RESULTADOS	31
4.1	MANUSCRITO 1: TENDÊNCIA DA MORTALIDADE POR FEMICÍDIO NO ESTADO DA BAHIA, BRASIL, 2000 A 2012	32
4.2	MANUSCRITO 2: PERFIL DA MORTALIDADE POR FEMICÍDIO NO ESTADO DA BAHIA, BRASIL, 2000 A 2012	48
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
	REFERÊNCIAS	64
	APÊNDICE A - TENDÊNCIA DA MORTALIDADE FEMININA POR AGRESSÃO NAS MICRORREGIÕES DO ESTADO DA BAHIA, BRASIL,	70

2000 A 2012.

APÊNDICE B - COEFICIENTE DE MORTALIDADE FEMININA POR AGRESSÕES, PADRONIZADOS, NAS MICRORREGIÕES DO ESTADO DA BAHIA, BRASIL, 2000 A 2012	72
APÊNDICE C - VALORES NUMÉRICOS E PERCENTUAIS DOS ÓBITOS POR AGRESSÕES NAS MICRORREGIÕES DO ESTADO DA BAHIA, BRASIL, SEGUNDO A VARIÁVEL FAIXA ETÁRIA, 2000 A 2012	74
APÊNDICE D - VALORES NUMÉRICOS E PERCENTUAIS DOS ÓBITOS POR FEMICÍDIO NAS MICRORREGIÕES DO ESTADO DA BAHIA, BRASIL, SEGUNDO A VARIÁVEL RAÇA/COR DA PELE, 2000 A 2012	75
APÊNDICE E - VALORES NUMÉRICOS E PERCENTUAIS DA MORTALIDADE FEMININA POR AGRESSÕES NAS MICRORREGIÕES DO ESTADO DA BAHIA, BRASIL, SEGUNDO A ESCOLARIDADE DAS VÍTIMAS, 2000 A 2012	76
APÊNDICE F - VALORES NUMÉRICOS E PERCENTUAIS DOS ÓBITOS FEMININOS POR AGRESSÕES NAS MICRORREGIÕES DO ESTADO DA BAHIA, BRASIL, SEGUNDO A VARIÁVEL LOCAL DE OCORRÊNCIA DO ÓBITO, 2000 A 2012	77

1 INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres, também conhecida como violência de gênero, é um grave problema de saúde de pública uma vez que traz consequências para a saúde das mulheres, para a sociedade e onera o serviço de saúde. A maioria desses atos violentos acontece no ambiente doméstico e a vítima geralmente conhece o agressor.

A complexidade dos atos violentos contra as mulheres comprova-se através de dados nacionais e internacionais. A Organização das Nações Unidas (ONU) estima que até 70% das mulheres no mundo serão espancadas, estupradas, abusadas ou mutiladas, pelo menos uma vez durante a vida (BUZI, 2014). Em se tratando da América Latina, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) destaca que a violência contra as mulheres é generalizada em toda a América Latina e nos países do Caribe; e entre 17% e 53% das mulheres entrevistadas relataram ter sofrido violência física ou sexual por um parceiro íntimo (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2014).

Nacionalmente o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) afirma que a violência doméstica é responsável pela maioria dos atendimentos registrados pela Central Telefônica de Atendimento à Mulher da Secretaria de Políticas das Mulheres (SPM). Em 2009, das 401.729 ligações, 52,3 % foram relatos de violência contra a mulher - casos de lesão corporal leve, grave e gravíssima, além de tentativa de homicídio e assassinato. Em 2010, 68,7% dos casos registrados na central telefônica 180, o agressor era o marido, namorado ou companheiro da vítima (IBGE, 2010).

No tocante aos assassinatos de mulheres decorrentes dos conflitos de gênero, denominado feminicídios, termo de cunho político e legal para se referir a esse tipo de morte. O femicídio é a expressão máxima da violência vivenciada pelas mulheres diariamente no mundo. Estes crimes são geralmente perpetrados por homens, principalmente parceiros ou ex-parceiros, e encontram-se arraigados na crença, socialmente compartilhada, do poder masculino sobre o feminino, sobretudo do domínio dos homens sobre suas companheiras (GOMES, 2014; MENEGUEL; HIRAKATA; 2011). Assim, o termo femicídio reflete a triste realidade de mortes de mulheres relacionada aos conflitos de gêneros, ou seja, estas são assassinadas pelo fato de serem mulheres (PASINATO, 2011). Tal contexto traz à tona a problemática relação entre a vivência de violência contra as mulheres, que se insere enquanto violência de gênero, e a mortalidade de mulheres.

Blay (2008), em seu livro sobre assassinato de mulheres e direitos humanos, revela que, no período entre 2003 e 2005, morreram 269 mulheres por causas violentas em

Nicarágua, mais de 400 no México, 613 em Honduras, 1.320 em El Salvador e 1.398 em Guatemala. Tais dados despertam-nos para o femicídio em todo o mundo.

No Brasil, Meneghel e Hirakata (2011) estudaram o feminicídio, no período de 2003 a 2007, como a totalidade dos óbitos femininos por agressão. Destarte que, no referido estudo que cerca de 20 mil brasileiras morreram por agressão, o que equivale a um coeficiente de mortalidade feminina por agressão de 4,1 óbitos/100.000. Pesquisa publicada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) indica mais de 50 mil feminicídios no Brasil, no período de 2001 a 2011, o que equivale a aproximadamente 5.000 mortes por ano. Estima-se que ocorreram, em média, 5.664 mortes de mulheres por causas violentas a cada ano, 472 a cada mês, 15,52 a cada dia, ou uma a cada hora e meia (GARCIA, 2013).

Os femicídios assim como as demais causas de morte feminina por Causas Violentas são responsáveis pela perda precoce de milhões de vidas anualmente (STREATFIELD *et al.*, 2014; BRASIL, 2012; ARAUJO *et al.*, 2009), estando estas relacionadas aos anos potenciais de vida perdidos. Estudo realizado em Recife, Pernambuco, Brasil, entre os anos de 2003 a 2007, com foco no femicídio, revelou que cada uma dessas vítimas teve 43,3 anos de suas vidas perdidos (SILVA *et al.*, 2011).

Além disso, investigações internacionais demonstram que o contexto social está entre os fatores associados ao assassinato de mulheres pelos parceiros, incluem-se a pobreza das famílias, a disparidade de idade entre os cônjuges e a situação marital não formalizada. Em vários países, um terço das mulheres tentavam obter a separação ao serem assassinadas, especialmente nos três meses que antecederam o crime, e possuíam histórias repetidas de violência e agressões (LUCENA, 2012). Quanto à relação entre religião e violência, considera-se que o discurso religioso reforça a misoginia, a afirmação da masculinidade hegemônica e a tolerância aos atos de violência contra as mulheres, uma vez que prega a submissão das esposas aos maridos. Os femicídios têm sido fortemente associados a situações de desigualdade e discriminação de gênero, privação econômica e masculinidade agressiva e machista, incluindo uso de armas de fogo, envolvimento com crime organizado, tráfico de drogas e de pessoas, conflitos armados e alta mortalidade masculina por agressões (MENEGHEL; HIRAKATA, 2011).

Inicialmente, desejava-se analisar a tendência dos feminicídios, porém esse dado não é registrado nas declarações de óbito e não consta no SIM. Assim, optou-se por utilizar o total de óbitos femininos por agressões, nas microrregiões do estado da Bahia, no período de 2000 a 2012, como um "indicador aproximado" para o feminicídio, já que de 60% a 70% dessas

mortes são provocadas pelas desigualdades de gênero (CAMPBELL, 2007; MENEGUEL; HIRAKATA, 2011; LEITES *et al.*, 2014).

É importante destacar que a obtenção de informações acuradas sobre feminicídios no Brasil é desafiadora, pois no SIM é registrada a morte por agressão, mas não se documenta quando há uma relação entre vítima e perpetrador, ou os motivos da morte por agressão (OMS, 2013). Sendo assim, a ausência do registro exato das mortes femininas por agressão decorrente dos conflitos de gênero, os estudos Brasileiros realizados tem utilizado o coeficiente de mortalidade feminina por agressões como um indicador estimado para o feminicídio (MENEGUEL; HIRAKATA, 2011; LEITES *et al.*, 2014; GARCIA; SANTANA; HÖFELMANN, 2013; GARCIA *et al.*, 2015; IPEA, 2016).

Apesar da importância da temática, percebe-se uma escassez da produção científica sobre o femicídio no Brasil. Ao iniciar o curso de mestrado, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, e me inserir no Grupo de Estudos Violência, Saúde e Qualidade de Vida (VIDA), percebi a quantidade de estudos realizados sobre as repercussões da violência doméstica contra a mulher, sobretudo a de foro conjugal, para a mulher, a família, o sistema de saúde e também sobre a produtividade econômica, desvelando o comprometimento da vivência do fenômeno e, portanto direcionando-se a aspectos da morbidade. Todavia, despertei-me para a lacuna no que tange a mortalidade feminina. Embora o VIDA concentre as discussões sobre a temática violência doméstica, inquietou-me a seguinte **questão de pesquisa**: Qual o comportamento da tendência da mortalidade feminina por agressões nas microrregiões no Estado da Bahia? Assim sendo, instigou-me não apenas a problemática da morbidade da violência doméstica contra a mulher, mas a mortalidade por esse tipo de violência, justamente porque desta forma acredito contribuir para descortinar o problema da violência fatal contra as mulheres, e assim suscitar o aprimoramento das ações de monitoramento, bem como da implementação das políticas voltadas para o enfrentamento do problema.

Considerando que o estado da Bahia ocupa a segunda posição entre os estados brasileiros com maior taxa de óbitos femininos por agressões (GARCIA, 2013), delineou-se como **objetivo geral**: Analisar a tendência da mortalidade por agressões nas microrregiões do Estado da Bahia, Brasil, no período de 2000 a 2012. Assim, para contemplar essa análise foram definidos como **objetivos específicos**: Determinar a frequência dos óbitos por agressões nas microrregiões do Estado da Bahia, Brasil, no período de 2000 a 2012; Descrever as características tendência da mortalidade por agressões nas microrregiões do Estado da Bahia, Brasil, no período de 2000 a 2012.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 VIOLÊNCIA E CAUSAS EXTERNAS DE MORTALIDADE NO BRASIL

A fim de caracterizar o objeto em estudo são apresentados alguns conceitos sobre violência e causas externas de mortalidade, pois não seria possível compreender o femicídio sem entender o conceito de violência.

A palavra violência é de origem latina, vem do vocábulo *vis*, que quer dizer ‘força’ e refere-se às noções de constrangimento e do uso da superioridade física sobre o outro. No seu sentido material, o termo parece neutro, mas os estudiosos que se debruçam sobre os eventos violentos, percebem que eles se referem a conflitos de autoridade, as lutas pelo poder e à busca de domínio e aniquilamento do outro (MINAYO, 2003). Portanto, a violência é um fenômeno social que faz parte da coletividade humana e pode ser considerada lícita ou ilícita segundo as normas jurídicas mantidas pela sociedade.

Já a Organização Mundial de Saúde (OMS; 2002) compreende a violência como “a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis”, ou ainda como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Quando a OMS divulgou essa definição em 2002, o Ministério da Saúde do Brasil já havia publicado, oficialmente (Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/2001) um documento denominado “Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências” introduzindo um conceito mais ou menos semelhante ao da OMS: “consideram-se como violências, ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais e espirituais a si próprios e aos outros” (BRASIL, 2001, p. 7).

Nesse mesmo ano, Zaluar e Leal (2001), ao estudarem o contexto social e institucional da violência no Brasil, citam outros autores e afirmam que as outras definições sobre a violência não fogem do paradigma baseado no exercício do poder, mas incorporam outras palavras a sua definição: a violência como o não reconhecimento do outro, a anulação ou a cisão do outro; a violência como a negação da dignidade humana; a violência como a ausência de compaixão; a violência como a palavra emparedada ou o excesso de poder. Assim, nestas definições sobre a violência é nítida a ausência do sujeito dialógico, da argumentação, dos atos da fala que se exhibe no uso da força física pelo seu oponente ao se negarem ao diálogo.

Essas negações dialógicas, que permeiam as situações violentas, se reproduzem nas relações interpessoais individuais ou coletivas e a morte violenta é a sua expressão mais cruel. As mortes violentas estão presentes na Classificação Internacional de Doenças (CID) desde a sua criação, sendo, seus tipos, repetidos e/ou aprimorados em cada uma de suas revisões. São chamadas “causas externas” ou “causas não-naturais” ou “causas violentas” de mortalidade, foi uma definição internacional, a mais de dois séculos, com o objetivo de diferenciar os óbitos por acidentes e violências, dentre elas o femicídio, dos óbitos acometidos por doenças ou mortes naturais.

A preparação de uma classificação de causas de morte iniciou-se na reunião do Instituto Internacional de Estatística, na cidade de Viena em 1891. A partir deste encontro o Instituto adotou as seguintes resoluções: Registrar em todos os serviços de estatística da América do Norte, por alguns da América do Sul e por alguns da Europa, do sistema de nomenclatura de causas de morte apresentado em 1893; Reafirma que esse sistema de nomenclatura de 1893 seja adotado em princípio e sem revisão, por todos os serviços de estatística europeus; e aprova a necessidade do sistema de nomenclatura de óbitos serem revisados a cada 10 anos (OMS, 1980).

Estas resoluções do Instituto Internacional de Estatística, provocaram discussões e mudanças nos registros de óbitos em todo o mundo. Até o início da década de 70 o Brasil teve uma tímida participação na melhora dos registros e classificação de óbitos. No entanto, quando a OMS, convocou em 1975 a Conferência Internacional para a 9ª Revisão da CID a delegação do Brasil compareceu, tendo como representantes o Ministério da Saúde, a OPAS e a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (OMS, 1980). A partir desta 9ª Revisão da CID, as causas externas tiveram destaque e passaram a ser registradas com clareza nas declarações de óbito do Brasil, permitindo a elaboração de análises estatísticas sobre o comportamento das mortes violentas em nosso país.

Durante a conferência da 9ª Revisão da CID a OMS sinalizou a necessidade de efetuar a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID 10 que desde o ano de 1996, encontra-se em vigor no Brasil. Nesta nova revisão as “Causas Externas de Morbidade e Mortalidade”, encontram-se no capítulo XX, sob as categorias V01 a Y98 (OMS, 1996; MELLO-JORGE, 2007).

A CID, classicamente, apresenta as causas externas de morbimortalidade divididas em agravos decorrentes da lesão oriunda dos acidentes e os agravos decorrentes das lesões intencionalmente provocadas. As primeiras caracterizam-se, assim, como não intencionais (acidentes de transporte, quedas, afogamentos, incêndios e queimaduras, envenenamentos) e a

segunda como intencional, que são: as lesões autoprovocadas (suicídios) ou as agressões interpessoais (homicídios, atos de guerra ou conflitos civis) (OMS, 1996; BRASIL, 2012). Levando em consideração essa estrutura da CID, nós profissionais da área de saúde utilizamos o termo causas externas, para nos referirmos à mortalidade por: homicídios e suicídios, agressões físicas e psicológicas; acidentes de trânsito, transporte, quedas e afogamentos (MINAYO, 2009).

Sendo assim, é necessário compreender que, a morte decorrente tanto das lesões intencionais ou não intencionais, são utilizados no preenchimento da declaração óbito (DO) como a “causa básica” que é referida e analisada nas estáticas de mortalidade em todos os países (LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2013).

A Declaração de Óbito (DO) foi implantada pelo Ministério da Saúde, desde 1976, em modelo único, como o documento base do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Segundo Moura-Costa (2014) o processo de implantação do SIM se deu com a criação do Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (CBCD), que atuou na formação do pessoal para a codificação de causas de morte, de médicos, no sentido de dar a importância devida ao correto preenchimento dos atestados, na sensibilização de autoridades sanitárias, para que reconhecessem a relevância dos seus dados e na produção de material didático que objetivasse, inclusive, a padronização de conceitos usados na área e treinamento de pessoal especializado.

Além disso, a DO possui dois objetivos principais: o primeiro é o de ser o documento padrão para a coleta das informações sobre mortalidade, que servem de base para o cálculo das estatísticas vitais e epidemiológicas do Brasil; o segundo, de caráter jurídico, é o de ser o documento hábil, conforme preceitua a Lei dos Registros Públicos – Lei 6.015/73, para lavratura, pelos Cartórios de Registro Civil, da Certidão de Óbito, indispensável para as formalidades legais do sepultamento (LAURENTI *et al.*, 2005; BRASIL, 2010).

Durante quase três décadas de implantação a DO passou por pequenas modificações. É composta por nove blocos de informações de preenchimento obrigatório, a saber: I) É a parte da DO preenchida exclusivamente pelo Cartório de Registro Civil; II) identificação da (o) falecida(o); III) residência; IV) local de ocorrência do óbito; V) específico para óbitos fetais e de menores de um ano: são dados extremamente importantes para estudos da saúde materno-infantil; VI) condições e causas do óbito; VII) dados do médico que assinou a DO; VIII) causas externas e IX) campo a ser utilizado em localidade onde não exista médico, quando, então, o registro oficial do óbito será feito por duas testemunhas. Vale dizer, que a inclusão do campo causas externas, demonstra a atenção dos órgãos governamentais para com a produção

de dados e informações que subsidiem a elaboração de estudos e intervenções no enfrentamento dos acidentes e da violência.

No entanto, Jesus e Mota (2010), ao estudarem os fatores relacionados com a subnotificação de causas violentas de mortes ao SIM, no município de Salvador, inferiram que os homicídios e as intervenções legais, foram os mais subnotificados. Além disso, o estudo concluiu que o treinamento dos profissionais envolvidos com o registro da informação do óbito, a promoção do entrosamento e comunicação entre as instituições da Secretaria de Saúde e da Secretaria de Segurança Pública, através de fóruns específicos, seriam alternativas capazes de diminuir a incompletude do SIM.

Diversos estudos, realizados no Brasil, consideram que em relação às causas externas ou violentas, a DO constitui fonte segura de informação quantitativa. No entanto, quanto ao ponto de vista qualitativo as informações contidas na DO, ainda, são insuficientes. Esta realidade é apontada no estudo de Laurenti; Mello-Jorge e Gotlieb (2013), ao concluírem que os legistas fazem menção à natureza das lesões (fraturas, esmagamentos, outras) que causaram a morte, sem relacionar o tipo de acidente/violência (queda, homicídio, outras) que causaram essas lesões.

Vários autores, ao investigar as reais causas dessas mortes, têm mostrado que o Instituto Médico Legal (IML) dispõe da informação que o setor saúde necessita para o esclarecimento da causa básica da morte, não a transcrevendo, entretanto, para a DO. Assim, sugere-se aos gestores do SIM que, nos seus diversos níveis, invistam na metodologia que busca a melhoria da qualidade dos dados, por meio da investigação.

Corroborando com tal realidade, Villela (2012), em estudo realizado no município de Belo Horizonte, com o objetivo de complementar a informação do SIM sobre a causa básica de morte em óbitos por causas externas com uso de notícias veiculadas em jornais, concluíram que esse sistema de informações apresenta grandes avanços na sua cobertura e fidedignidade dos dados não só no município do estudo, mas em todo o Brasil, havendo, entretanto, necessidade de melhor qualificação da causa básica de óbito nos eventos de intenção indeterminada e por outros acidentes de transporte não especificados.

Apesar das dificuldades apresentadas anteriormente é importante trazer que as estatísticas de mortalidade, seja por femicídio, objeto deste estudo, ou por qualquer outra causa básica de óbito são, de longe, as únicas estatísticas médicas utilizadas no monitoramento da saúde pública bem como no planejamento e avaliação da atenção à saúde.

2.2 CONTEXTUALIZANDO SOBRE O FEMINICÍDIO E OS SEUS DETERMINANTES

Utilizamos o termo femicídio para representar as mortes femininas por homicídio com caráter sexista implícito ou explícito nos assassinatos femininos. Neste capítulo pretendemos refletir a visão feminista sobre o termo, bem como destacar os possíveis determinantes do feminocídio para a saúde das mulheres.

A expressão femicídio – ou ‘femicide’ como originalmente utilizado em inglês – é atribuída a Diana Russel, que a utilizou pela primeira vez em 1976, durante um julgamento perante o Tribunal Internacional de Crimes contra Mulheres, em Bruxelas. Posteriormente, na década de 90, em parceria com Jill Radford, Russel escreveu o livro ‘ Femicídio: as políticas de morte de mulheres’ que tornou-se a referência mundial para o debate do tema (RADFORD; RUSSEL, 1992; ROMIO, 2009).

De acordo com a literatura consultada, Russel e Radford (1992), fizeram alterações na definição de femicídio ao longo do tempo. Por fim, acabou por defini-lo como o assassinato de mulheres por homens, pelo fato de serem do sexo feminino. No entanto, países como o México e o Chile passaram a utilizar o termo femicídio como qualquer assassinato de mulheres e feminocídio como os assassinatos pautados em relações desiguais de gênero. Por outro lado, ativistas da América Central têm utilizado a expressão femicídio para caracterizar os assassinatos misóginos de mulheres.

Ainda segundo as mesmas autoras, fica claro que as mortes classificadas com femicídio não são um fato isolado na vida dessas mulheres vitimizadas, mas apresentam uma relação com as diversas expressões de violência contra a mulher, ou seja, o femicídio configura-se como o ponto final em uma contínua relação de violência, que inclui abusos verbais e físicos e uma extensa gama de manifestações de violência e privações a que as mulheres são submetidas ao longo de suas vidas. Sempre que esses abusos perpetrados por homens resultam na morte da mulher, eles devem ser reconhecidos como femicídio. A citação abaixo ilustra a definição:

“Femicídio está no ponto mais extremo do contínuo de terror anti-feminino que inclui uma vasta gama de abusos verbais e físicos, tais como estupro, tortura, escravização sexual [...] operações ginecológicas desnecessárias, heterossexualidade forçada, esterilização forçada, maternidade forçada (ao criminalizar a contracepção e o aborto), psicocirurgia, privação de comida para mulheres em algumas culturas, cirurgias cosméticas e outras mutilações em nome do embelezamento. Onde quer que estas formas de terrorismo resultem em mortes, elas se tornam femicídios” (Russel e Caputti, 1992:2)

Portanto, todas essas expressões de violência e abusos, segundo as autoras constituem-se em crimes de ódio contra as mulheres. De forma muito apropriada utilizaram como exemplo o brutal massacre da Escola Politécnica da Universidade de Montreal, ocorrido em

dezembro de 1986, quando 14 jovens foram assassinadas por um jovem de 25 anos. Na carta que justifica seu gesto, o homicida, afirma que matou as mulheres porque estavam cada vez mais ocupando o lugar dos homens. Embora em cerca de metade dos feminicídios sejam realizados por parceiros íntimos, é fundamental reconhecer que o feminicídio também é perpetrado por estranhos, colegas, amigos e outros membros da família.

No Brasil, o termo foi estudado pela primeira vez, por Sueli Almeida, a pesquisadora utiliza o termo “femicídio íntimo”, para destacar a “não-acidentalidade” da morte violenta de mulheres inclusive, estupros seguidos de assassinato, casos de assassinato de prostitutas por seus clientes e assassinatos conjugais. A autora refere-se ao femicídio como tão antigo quanto o patriarcado, referindo-se a violência sofrida por diversas mulheres como prenúncio de uma face que é ocultada diariamente através da neutralização do termo assassinato de mulheres (ROMIO, 2009).

Por outro lado, autores não feministas acreditam que o feminicídio ocorre independente das relações desiguais de gênero e aumentam proporcionalmente a violência estrutural (CLADEM, 2012). Entre 1980 e 2013, o Brasil apresenta um ritmo crescente em números de óbitos femininos por agressões. Efetivamente o número de vítimas passou de 1.353 mulheres em 1980, para 4.762 em 2013, um aumento de 252% (WAISELFISZ, 2015).

Dados disponibilizados pelo Mapa da Violência (WAISELFISZ, 2015) demonstram a diversidade regional que o Brasil possui quando o assunto são as mortes femininas por agressões. Em 2013, por exemplo, se Roraima apresentou uma taxa absurdamente elevada, de 15,3 em 100 mil mulheres, mais que triplicando a média nacional, os índices de Santa Catarina, Piauí e São Paulo giravam em torno de 3 por 100 mil, isso é, a quinta parte de Roraima. O Estado da Bahia apresenta, para o mesmo ano, uma taxa de 5,8 óbitos por agressão por 100 mil mulheres. Esses dados suscitam refletir quanto a importância de medidas efetivas para coibir que os casos de violência doméstica, urbana ou estrutural contra as mulheres cheguem ao extremo que é a morte por agressão um indicador aproximado para o feminicídio.

Todavia a ocorrência do feminicídio na Bahia, conforme dados do estudo de Garcia *et al* (2015), são sub-registradas. No referido estudo, foi realizado a correção dos números oficiais para o feminicídio no Brasil, e a Bahia figura uma taxa de 7,75 feminicídio para cada 100 mil mulheres. Além disso, concluiu-se que a magnitude dos feminicídios foi, em grande parte, compatível com situações relacionadas à violência doméstica e familiar contra a mulher. Essa situação é preocupante, uma vez que os feminicídios são óbitos completamente

evitáveis, que abreviam as vidas de muitas mulheres jovens e uma perda para toda a nossa sociedade.

Apesar da importância de conhecer os dados, estimativas e ocorrências para o femicídio no Brasil precisamos trazer a balia a discussão acerca dos determinantes para essas mortes. Segundo Blay (2008), um dos responsáveis pelo assassinato de uma mulher é a desigualdade de gênero que permeiam as relações sociais estabelecidas entre homens e mulheres. Além disso, Meneguel e Hirakata (2011) identificaram que a entrada maciça das mulheres na força de trabalho formal possibilita que muitas alcancem sua independência econômica. Essa situação é potencialmente geradora de conflitos, já que os homens, ao perderem o papel de provedor e de chefe de família, muitas vezes reagem de modo agressivo, e isso pode aumentar o número de situações de violência entre os gêneros, inclusive os casos fatais.

Outro fator determinante identificado por Garcia (2015) foi a relação do femicídio e o uso abusivo do álcool e outras drogas. Um estudo realizado nos Estados Unidos revelou que o uso de álcool pelo agressor foi associado a um aumento de oito vezes na ocorrência de abuso à mulher e um aumento de duas vezes no risco de femicídio ou tentativa de femicídio. Assim, o uso abusivo do álcool deve ser compreendido como um fator imbricado em uma complexa rede causal de fatores determinantes para o femicídio.

A religião da mulher é outro fator relevante encontrado em estudos sobre o femicídio. As religiões, de forma geral, reforçam o modelo de família sustentado no patriarcado em que as mulheres submetem-se à autoridade dos maridos, fato que pode estimular o comportamento masculino no ambiente doméstico (PASINATO, 2011). Tal comportamento pode levar a naturalização da violência o que dificulta a denúncia dos casos de violência doméstica e ou conjugal.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

O crescimento do femicídio implica a necessidade de formulação e implementação de políticas de enfrentamento de toda e qualquer forma de expressão de violência contra o público feminino. Neste sentido, ao analisar a história do Brasil, verifica-se que as políticas públicas de inclusão sociopolítica e de valorização das mulheres iniciam com o advento dos movimentos feministas desde o final do século XIX (PORTO, BUCHER-MALUSCHKE, 2012).

Em defesa dos direitos das mulheres, o movimento de mulheres teve seu auge em 1976, quando Ângela Diniz foi assassinada no banheiro de sua própria residência por seu esposo, Doca Street. Apesar da convivência de apenas seis meses, Ângela foi morta com vários tiros em região da face e crânio ao tentar divorciar-se por conta do relacionamento conflituoso, ciúmes e comportamento agressivo e violento do companheiro (BLAY, 2008). Essa situação trouxe visibilidade à problemática da violência conjugal e a necessidade de se discutir a temática na perspectiva de gênero.

A violência contra as mulheres, designada de violência de gênero, assume um perfil diferenciado, uma vez que geralmente é praticada por um agressor e que, por vezes, culmina em mortes (LUCENA *et al.*, 2012). Assim, a violência contra a mulher constitui-se em uma das principais formas de violação dos direitos humanos, atingindo as mulheres em seus direitos à vida, à saúde e à integridade física, psíquica e moral.

Vale salientar que até a década de 70, os diversos grupos de mulheres discutiam temas relacionados à sexualidade, prazer e o corpo, trazendo à tona questionamentos sobre o papel da mulher na sociedade e a desigualdade entre homens e mulheres, inclusive o poder destes sobre suas esposas. Foi só em 1980, que os grupos, já mais organizados, passaram a debater sobre a temática da violência e sua interface com a saúde (SILVA, 2010).

Dentre as conquistas do movimento feminista, não podemos deixar de mencionar o artigo 5º da Constituição de 1988, que preconiza a igualdade quanto aos direitos e deveres entre homens e mulheres; e a criação das primeiras políticas públicas para as mulheres: as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM) e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), por exemplo (BRASIL, 1988; PINTO, 2003). A partir de 1990, foram criados serviços de interrupção da gestação, para casos de abortos previstos em Lei; os centros de referência para mulheres em situação de violência; as casas-abrigo.

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, desenvolvida em consonância com a Lei Maria da Penha, que busca a implementação de ações conjuntas, articuladas e integradas em que se torne possível o envolvimento de diversos setores, tais como, a educação, saúde, assistência social, segurança pública, justiça, dentre outros, a fim de viabilizar a efetivação de seus eixos, que compreendem não apenas o combate à violência de gênero, mas, especialmente, a prevenção, garantia de direitos e assistência à mulher em situação de violência (BRASIL, 2006).

A implementação desta Política objetiva, de forma geral, enfrentar todas as formas de violência contra as mulheres a partir de uma perspectiva de gênero e de uma visão integral da problemática. No sentido de alcançar tal objetivo geral, foram traçados objetivos específicos,

a saber: promover uma mudança cultural, visando a igualdade de gênero e valorização da paz; garantir e proteger os direitos das mulheres em situação de violência considerando as questões étnicas, raciais, sexuais, de deficiência e de inserção social, econômica e regional; proporcionar um atendimento humanizado e qualificado às mulheres em situação de violência através da Rede de Atenção Especializada; e reduzir as taxas de violência contra o público feminino (BRASIL, 2006).

Analisando o conteúdo da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, observa-se que a sua arquitetura teórica e metodológica direciona suas ações a partir de princípios cujos aspectos contemplam os seguintes pontos fundamentais: a autonomia das mulheres; a igualdade e respeito à diversidade; a equidade; universalidade das políticas; justiça social; laicidade do Estado a partir da formulação e implementação de políticas independente da crença religiosa; transparência dos atos públicos; participação e controle social (BRASIL, 2003).

Além dos princípios, a Política possui diretrizes, tais como: promover incentivo à capacitação profissional para enfrentar a problemática; garantir o cumprimento dos acordos e convenções internacionais firmados pelo Estado Brasileiro; combater o tráfico de mulheres e a exploração sexual; reconhecer a violência de gênero, etnia e raça como violência histórica que reflete a opressão das mulheres; implementar políticas públicas intersetoriais; e estruturar a Rede de Atendimento à mulher em situação de violência nos Municípios, Estados e Distrito Federal (BRASIL, 2003).

Mais recentemente, em 2003, fora implementada a Secretaria de Política para as Mulheres (SPM) da Presidência da República cujo objetivo é orientar, sensibilizar e financiar as políticas de governo e de Estado para as mulheres (PORTO, BUCHER-MALUSCHKE, 2012).

Embora criada para reduzir os índices de violência contra a mulher, na realidade atual brasileira, a Lei Maria da Penha, assim como outras políticas públicas com ênfase na redução da morbimortalidade por causas violentas no público feminino encontram-se fragilizadas. O estudo de Carneiro e Fraga (2012) evidencia tal situação através da problematização dos inquéritos policiais e registros de ocorrências envolvendo mulheres vítimas de violência doméstica, no Rio Grande do Sul, Brasil, cujo resultado desvelou que, apesar dos novos paradigmas para o cuidado à mulher em situação de violência, os casos de violência doméstica vem aumentando expressivamente, sugerindo que apenas a Lei Maria da Penha é insuficiente para coibir a violência contra a mulher (CARNEIRO; FRAGA, 2012).

É de grande importância reflexões críticas a respeito de políticas de enfrentamento da violência de gênero desintegradas e que reforçam lógicas maniqueístas, visto que dicotomizam padrões de condutas específicos para mulheres e homens, ou seja, os homens assumem a posição do agressor e a mulher da pessoa sensível, vítima e frágil. Sendo assim, torna-se necessária uma reestruturação das políticas públicas de enfrentamento do fenômeno a fim de gerar novos paradigmas e que também evitem as medidas estritamente punitivas ao agressor e avancem no sentido de desenvolver um trabalho integrado entre os serviços político, social, jurídico e de saúde, tendo em vistas, especialmente, o exercício da cidadania, da garantia de direitos e melhoria das relações sociais. Acredita-se que dessa forma dar-se-á o a redução do feminicídio no contexto do panorama da mortalidade das mulheres.

3 METODOLOGIA

3.1 DESENHO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo ecológico e de tendência temporal, pois utilizou-se como unidade de análise uma população pertencente a uma área geográfica definida ao longo de um período de tempo determinado. Ou seja, analisar a evolução da mortalidade feminina por agressões, como um indicador estimado para o feminicídio, nas microrregiões do estado da Bahia no período de 2000 a 2012.

O termo "estudos ecológicos" (também conhecido como estudo de grupos, de agregados, de conglomerados, estatísticos ou comunitários) tem origem na utilização de áreas geográficas como unidades de análise e, por extensão, generalizou-se para outras situações em que a unidade é formada por um grupo (PEREIRA, 2002).

Os estudos ecológicos de tendência ou estudos de séries temporais são utilizados para comparar as taxas de morbimortalidade ou outro indicador de saúde, numa população geograficamente definida, através do tempo. Esse tipo de análise foi desenvolvido pela primeira vez por William Farr (1807-1883), sanitarista inglês, ao examinar as séries temporais de morbimortalidade por varíola durante longos períodos na Inglaterra (FRANÇA JÚNIOR, MONTEIRO; 2001). Para tanto, são utilizados como unidade de observação populações ou grupos de indivíduos, sendo que ambos podem ser definidos pelo local (comparações geográficas) ou pelo tempo (tendências temporais) (AQUINO *et al.*, 2011).

Assim, o estudo apresenta um desenho de série temporal, pois analisará a evolução do coeficiente de mortalidade por agressões em mulheres, como um indicador estimado para o feminicídio, por grupos etários em cada ano, durante o período em estudo. Segundo Medronho (2009), as séries temporais possibilitam um diagnóstico dinâmico de um determinado evento na população, ao longo do tempo, informando a evolução dos riscos, podendo também ser utilizado para prever tendências futuras do evento.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O local do estudo foram as microrregiões geográficas que compõe o estado da Bahia, a saber: Barreiras; Cotegipe; Santa Maria Vitória; Juazeiro; Paulo Afonso; Barra; Bom Jesus da Lapa; Senhor Bonfim; Irecê; Jacobina; Itaberaba; Feira de Santana; Jeremoabo; Euclides Cunha; Ribeira do Pombal; Serrinha; Alagoinhas; Entre Rios; Catu; Santo Antônio de Jesus;

Salvador; Boquira; Seabra; Jequié; Livramento de Brumado; Guanambi; Brumado; Vitória da Conquista; Itapetinga; Valença; Ilhéus-Itabuna e Porto Seguro. As microrregiões de saúde foram elaboradas pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) com o objetivo de atender ao Plano Diretor de Regionalização (PDR), proposto pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) em 2001. Assim, uma microrregião de saúde é composta por um conjunto de municípios que se localizam no raio de influência de uma cidade considerada como um centro polarizador das atividades socioeconômicas e disponha de uma rede de serviços de saúde de alta complexidade.

No que tange à população feminina, foco desse estudo, segundo o último censo demográfico realizado pelo IBGE, no ano de 2010, foi estimada para Bahia em cerca de 7,1 milhões (BRASIL, 2011).

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Utilizamos como população em estudo as mulheres cuja causa básica do óbito estavam registradas como agressões, códigos X85–Y09, da CID-10.

3.4 FONTE DE DADOS

Os dados foram produzidos a partir da consulta de diversos Bancos de Dados Públicos. As informações referentes aos óbitos – número de mortes e suas características – foram extraídas do SIM do Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

O SIM foi criado pelo DATASUS para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no país. A partir da criação do SIM foi possível a captação de dados sobre mortalidade, de forma abrangente, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública. Com base nessas informações é possível realizar estudos como este e fomentar o planejamento e avaliação das ações e programas na área.

Para a obtenção das informações demográficas das microrregiões da Bahia – população feminina estratificada por faixa etária – foram utilizados os dados censitários fornecidos pelo IBGE, a partir do censo realizado em 2000 e 2010 e as projeções intercensitárias fornecidas pelo DATASUS.

3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis estudadas foram: coeficiente de mortalidade feminina por agressões, local de ocorrência do óbito, faixa etária, cor/raça e escolaridade. Com o objetivo de facilitar a apresentação dos dados, a idade foi categorizada nas seguintes faixas etárias: 0 a 19, 20 a 39, 40 a 59 e 60 +; e a variável raça/cor agrupada como negra e não negra. As demais variáveis foram descritas da forma que estão disponíveis no DATASUS.

Para a análise temporal considerar-se como variável dependente o Coeficiente de Mortalidade feminina por agressões e como variáveis independentes os anos da série temporal.

3.6 PADRONIZAÇÃO DOS COEFICIENTES DE MORTALIDADE E POPULAÇÃO PADRÃO

Para possibilitar a comparação dos Coeficientes de Mortalidade Feminina por Agressões e durante o período em estudo, utilizamos o método direto de padronização, com o objetivo de controlar o possível confundimento de diferentes estruturas etárias sobre o valor do Coeficiente de Mortalidade. Neste estudo, foi utilizada como população padrão a distribuição populacional padronizada pela OMS (AHMAD *et al.*, 2000).

A população padrão possui menos crianças e maior número de adultos maiores de 70 anos, relativizando o sobrepeso dado à população infantil que acontecia na estimativa anterior também denominada população padrão de "Segi". A necessidade de elaborar uma confecção de nova população padrão mundial deveu-se principalmente ao aumento do grupo de idosos (AHMAD *et al.*, 2000; MENEGUEL *et al.*, 2004).

3.7 PLANO DE ANÁLISE

Os dados foram coletados de distintas bases, como já mencionado anteriormente. Para a tabulação destes, foi elaborado um banco único na planilha Excel®, com os dados brutos e com os indicadores de interesse, para posterior exportação do mesmo para os *softwares* de análise estatística.

Os dados por microrregião foram constituídos por somatório dos municípios, medidas de tendência central e/ou proporção de acordo com a natureza das variáveis e indicadores. Foi realizada análise descritiva para caracterização da mortalidade segundo raça/cor, escolaridade, ocupação e faixa etária.

A partir do coeficiente de mortalidade, foi realizada a análise de tendência dos óbitos femininos no período estudado por meio do modelo de regressão linear simples $Y(X)=\beta_0*X+\beta_1$. Os modelos foram elaborados tendo como base as taxas de mortalidade feminina por agressões, considerando como variáveis dependentes, esse indicador (Y), segundo a variável independente ano (X). Para a elaboração das equações de tendência linear e cálculo das estatísticas de ajuste do modelo foi utilizado o valor de R^2 , erro padrão e do teste F de adequação do modelo.

A tendência foi classificada em estacionária, crescente ou decrescente. Para tanto, levou-se em consideração o p-valor $>0,05$ estacionária, β_1 positivo e p-valor $< 0,05$ como crescente e β_1 negativo com p-valor $< 0,05$ como decrescente.

Para a execução do plano de análise foi utilizado o pacote estatístico *IBM SPSS*, versão 20.0 (*IBM Corp., Armonk, Estados Unidos*), versão 21.0. O nível de significância de 5% será usado para todos os testes estatísticos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo serão apresentados, a seguir, sob a forma de dois manuscritos, os quais foram elaborados de acordo com as normas dos periódicos selecionados para submissão.

Manuscrito 1: Tendência da mortalidade por femicídio no estado da Bahia, Brasil, 2000 a 2012

O manuscrito “Tendência da mortalidade por femicídio no estado da Bahia, Brasil, 2000 a 2012” foi elaborado baseando-se nas instruções a(o)s autora(e)s para publicação e na apresentação a(o)s editores do periódico Caderno de Saúde Pública, órgão oficial de publicação da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), disponíveis no link:<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=93&Itemid=28&lang=pt> acessado em dezembro de 2015.

Manuscrito 2: Perfil da mortalidade por femicídio no estado da Bahia, Brasil, 2000 a 2012

O manuscrito “Perfil da mortalidade por femicídio no estado da Bahia, Brasil, 2000 a 2012” foi elaborado baseando-se nas instruções a(o)s autora(e)s para publicação e na apresentação a(o)s editores do periódico Revista Gaúcha de Enfermagem, órgão oficial de publicação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/about/submissions#authorGuidelines>> acessado em fevereiro de 2015

Tendência da mortalidade por femicídio no estado da Bahia, Brasil, 2000 a 2012**Tendency of mortality by femicide in the state of Bahia, Brazil, 2000 to 2012****Tendencia de la mortalidad por feminicidios en el estado de Bahia, Brasil, 2000-2012****Resumo**

Objetivo: Analisar a tendência do femicídio nas microrregiões do estado da Bahia, Brasil, no período de 2000 a 2012. **Métodos:** Realizou-se um estudo ecológico com dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Foram considerados como feminicídios os óbitos de mulheres cuja causa básica foi classificada nos códigos X85–Y09 da CID-10 (agressões). Daí calculou-se os coeficientes de mortalidade por femicídio e, em seguida efetuou-se o método direto de padronização dos dados. A análise de tendência foi proposta por meio do modelo de regressão linear simples, tendo como variável dependente os coeficientes de mortalidade e como independente, os anos de ocorrência dos óbitos. **Resultados:** A tendência da mortalidade por femicídio é estável em 56,25% das 32 microrregiões do estado da Bahia e em 43,75% apresentaram tendência crescente. **Conclusão:** O estudo aponta para a necessidade de maior atenção às microrregiões com tendência ao crescimento do femicídio, bem como percebe a necessidade de elaborar estratégias que melhor preparem profissionais de saúde para o reconhecimento da violência contra a mulher, sobretudo profissionais legistas para o correto preenchimento da declaração de óbito em casos de femicídios.

Descritores: Violência Contra a Mulher; Saúde da Mulher; Mortalidade; Saúde Pública; Políticas Públicas de Saúde.

Abstract

Objective: To analyze the tendency of femicide in the microregions of the state of Bahia, Brazil, in the period between 2000 to 2012. **Methods:** It was conducted an ecological study with data from the Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) / Mortality Information System. It was considered as femicide the deaths of women which the basic cause was classified in the codes X85-Y09 of CID-10 (aggressions). Then, we calculated the coefficient of mortality by femicide and, after that, we applied a direct method of standardization of data. The analysis was proposed through the model of simple linear regression, taking as dependent variable the coefficient of mortality and as independent, the years of occurrence of the deaths. **Results:** The tendency of mortality by femicide is stable in 56.25% of the 32 microregions in the state of Bahia and in 43.75% presented growing tendencies. **Conclusion:** The study reveals the necessity to more attention towards the microregions with tendency to growing femicide, as well it perceives the necessity to elaborate strategies that better prepare health professionals to recognize violence against women, especially forensic professionals in regard to correctly filling statements of death in case of femicide.

Descriptors: Violence Against Women; Women's Health; Mortality; Public Health; Health Public Policies.

Resumen

Objetivo: Analizar la tendencia de femicidio en las microregiones del estado de Bahía, Brasil, entre 2000 y 2012. **Métodos:** Se realizó un estudio ecológico con datos del Sistema de Información e Mortalidad (SIM). Fueron consideradas como feminicidio las muertes de mujeres cuya causa básica fue clasificado en los códigos X85 - Y09 de la CIE- 10 (agresión). A continuación, se calcularon las tasas de mortalidad de femicidio y completar hasta el método directo de estandarización de los datos . El análisis de la tendencia fue propuesto por el modelo de regresión lineal simple que tuvo como variable dependiente los coeficientes de mortalidad y como independiente, los años de ocurrencia de muertes. **Resultados:** la tendencia de mortalidad por el femicidio, se observó que 56,25% de las 32 microrregiones de Bahia permaneció estable y 43,75% en tendencia creciente **Conclusión :** El estudio apunta a la necesidad de una mayor atención a las micro- regiones propensas al crecimiento de feminicidio , y darse cuenta de la necesidad de desarrollar estrategias para preparar mejor a los profesionales de la salud para el reconocimiento de la violencia contra las mujeres, en particular a los profesionales forenses para la realización correcta de los certificados de defunción en los casos de feminicidios .

Descriptores: La violencia contra la mujer; Salud de la Mujer; la mortalidad; Salud pública; Política de Salud Pública.

Introdução

A violência contra a mulher representa um grave problema de saúde pública, sobretudo por conta da morbidade e mortalidade feminina. Esta, quando decorrente dos conflitos de gênero, denomina-se femicídio, expressão máxima da violência vivenciada pelas mulheres diariamente no mundo.

A expressão femicídio¹ – ou ‘femicide’ como originalmente utilizado em inglês – é atribuída a Diana Russel, que a utilizou pela primeira vez em 1976, durante um julgamento perante o Tribunal Internacional de Crimes contra Mulheres, em Bruxelas. Posteriormente, na década de 90, em parceria com Jill Radford, Russel escreveu o livro ‘Femicídio: as políticas de morte de mulheres’ que se tornou a referência mundial para o debate do tema.

Estudo realizado² sobre o assassinato de mulheres e direitos humanos, revela que, no período entre 2003 e 2005, morreram 269 mulheres por causas violentas em Nicarágua, mais de 400 no México, 613 em Honduras, 1.320 em El Salvador e 1.398 em Guatemala. No Brasil, segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), incidiram mais de 50 mil femicídios no período de 2001 a 2011, o que equivale a aproximadamente 5.000 mortes por ano. Estima-se que, em média, ocorreram 5.664 mortes de mulheres por causas violentas a cada ano, 472 a cada mês, 15,52 a cada dia, ou uma a cada hora e meia³. O estado da Bahia, Brasil, no período de 2003 a 2013, apresentou uma taxa de homicídio de mulheres equivalente a 5,8/100 mil habitantes, taxa essa maior que a média nacional, equivalente a 4,8/100mil habitantes nesse mesmo período⁴.

A violência contra a mulher onera os cofres públicos em decorrência dos agravos à saúde da mulher, a exemplo de contusões, hematomas, sangramentos, assim como sintomas depressivos (medo, baixa autoestima).^{4,5,6} Quando leva a morte, repercute sobretudo na População Economicamente Ativa (PEA) e conseqüentemente no Produto Interno Bruto (PIB)

do país. Estima-se que 10,5% do PIB brasileiro foram gastos com a violência contra a mulher, o que equivale a cerca de 90 bilhões de reais⁷.

Estudo internacional⁸ sobre fatores de risco associados ao femicídio constatou que aproximadamente 60% dos assassinatos de mulheres estão relacionados às situações de desigualdade de gênero. Esses crimes^{6,9}, geralmente perpetrados por homens, principalmente parceiros ou ex-parceiros, encontram-se arraigados na crença, socialmente compartilhada, do poder masculino sobre o feminino, sobretudo do domínio dos homens sobre suas companheiras. Assim, o termo femicídio reflete a triste realidade de mortes de mulheres relacionada aos conflitos de gêneros, sendo estas assassinadas pelo simples fato de serem mulheres¹⁶.

Nesse contexto, acompanhar como se processa o femicídio no país, se constitui elemento fundamental para nortear ações públicas e estratégias de prevenção e enfrentamento sendo essencial o panorama da problemática nas Unidades Federativas. Assim sendo, o estudo partiu da seguinte questão: Qual a tendência de femicídio no estado da Bahia no período de 2000 a 2012? Delineou-se o seguinte objetivo de estudo: analisar a tendência do femicídio no estado da Bahia, Brasil, no período de 2000 a 2012.

Metodologia

Trata-se de um estudo ecológico, também conhecido como estudo de grupos, de agregados, de conglomerados, estatísticos ou comunitários. Este tem origem na utilização de áreas geográficas como unidades de análise e, por extensão, generalizou-se para outras situações em que a unidade é formada por um grupo.

A população em estudo foram todos os óbitos por femicídio que ocorreram no estado da Bahia no período de 2000 a 2012. Este período foi escolhido em virtude de ter entrado em vigor no ano 2000 a última atualização da declaração de óbito e os dados, no momento da

coleta, estarem disponíveis até o ano de 2012. Para tanto, foram considerados como feminicídios os óbitos de mulheres cuja causa básica foi classificada nos códigos X85–Y09 da CID-10 (agressões). O estado da Bahia, localizado na Região Nordeste do Brasil, tem extensão territorial de 564 733,177 km². Possui uma população feminina estimada para o ano de 2015 de 7.6 milhão, com um crescimento de 7,6% em relação ao ano de 2010.

O estado está dividido em 32 microrregiões de saúde, de acordo com os municípios, densidade demográfica, oferta e complexidade de serviços de saúde disponíveis para a população residente em cada território. As microrregiões geográficas que compõe o estado da Bahia, a saber: Barreiras; Cotegipe; Santa Maria Vitória; Juazeiro; Paulo Afonso; Barra; Bom Jesus da Lapa; Senhor Bonfim; Irecê; Jacobina; Itaberaba; Feira de Santana; Jeremoabo; Euclides Cunha; Ribeira do Pombal; Serrinha; Alagoinhas; Entre Rios; Catu; Santo Antônio de Jesus; Salvador; Boquira; Seabra; Jequié; Livramento de Brumado; Guanambi; Brumado; Vitória da Conquista; Itapetinga; Valença; Ilhéus-Itabuna e Porto Seguro.

Os dados foram coletados do Sistema de Informação da Mortalidade (SIM), provenientes das declarações de óbito, que consiste em um formulário padronizado para todo o território nacional com informações sociodemográficas e das condições do óbito. O banco de dados utilizado está disponível no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Foram excluídos óbitos com informações ignoradas referentes ao município de ocorrência e óbitos que ocorreram em outros estados. Utilizaram-se ainda os dados populacionais fornecidos pela Fundação Instituto Brasileiros de Geografia e Estatística (IBGE), a partir dos censos realizados em 2000 e 2010 e as estimativas intercensitárias disponibilizadas pelo DATASUS.

Para a tabulação dos dados, foi elaborado um banco único em planilha Excel®, com os dados brutos e indicadores de interesse, para posterior exportação do mesmo para os *softwares* de análise estatística.

Para possibilitar a comparação dos coeficientes de mortalidade por femicídios durante o período em estudo, utilizamos o método direto de padronização, com o objetivo de controlar o possível confundimento de diferentes estruturas etárias sobre o valor do Coeficiente de Mortalidade por femicídio. Neste estudo, foi utilizada como população padrão a fornecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o período 2000 – 2025¹⁰.

A partir do coeficiente de mortalidade, foi realizada a análise de tendência dos óbitos femininos no período estudado por meio do modelo de regressão linear simples $Y(X)=\beta_0*X+\beta_1$. Os modelos foram elaborados tendo como base as taxas de mortalidade feminina por agressões, considerando como variáveis dependentes, esse indicador (Y), segundo a variável independente ano (X). Para a elaboração das equações de tendência linear e cálculo das estatísticas de ajuste do modelo foi utilizado o valor de R^2 , erro padrão e do teste F de adequação do modelo.

A tendência foi classificada em estacionária, crescente ou decrescente. Para tanto, levou-se em consideração o p-valor $>0,05$ estacionária, β_1 positivo e p-valor $< 0,05$ como crescente e β_1 negativo com p-valor $< 0,05$ como decrescente.

Para a execução do plano de análise foi utilizado o pacote estatístico *IBM SPSS*, versão 20.0 (*IBM Corp., Armonk, Estados Unidos*), versão 21.0. O nível de significância de 5% foi usado para todos os testes estatísticos.

Os aspectos éticos que envolvem pesquisas com seres humanos foram preservados, não sendo necessária a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, por se tratar de um estudo desenvolvido com dados secundários de uma base de acesso nacional e pública.

Resultados

No período de 2000 a 2012, foi registrado um total de 3.342 óbitos por femicídio no estado da Bahia.

A microrregião de Salvador (n = 1213; 36,2%) apresentou a maior ocorrência de óbitos. A frequência de femicídios nas demais microrregiões, em ordem decrescente, foi: Ilhéus-Itabuna; Porto Seguro; Vitória da Conquista; Feira de Santana; Juazeiro; Jequié; Catu; Santo Antônio de Jesus; Alagoinhas; Valença; Jacobina; Irecê; Paulo Afonso; Itapetinga; Guanambi; Ribeira do Pombal; Serrinha; Entre Rios; Seabra; Itaberaba; Euclides da Cunha; Santa Maria da Vitória; Bom Jesus da Lapa; Senhor do Bonfim; Jeremoabo; Brumado; Barra; Boquira; Livramento de Brumado; Barreiras e Cotegipe.

No que tange a tendência da mortalidade por femicídio, observou-se que 56,25% (n=18) das 32 microrregiões do estado da Bahia permaneceram estáveis (Apêndice A). No entanto, as outras microrregiões do estado (n = 14; 43,75%) obtiveram uma tendência crescente, a saber: Bom Jesus da Lapa ($R^2= 0,350$; $p= 0,033$); Jacobina ($R^2= 0,302$; $p= 0,052$); Serrinha ($R^2= 0,295$; $p= 0,055$); Catu ($R^2= 0,450$; $p= 0,012$); Santo Antônio de Jesus ($R^2= 0,584$; $p= 0,002$); Salvador ($R^2= 0,873$; $p= <0,001$); Boquira ($R^2= 0,447$; $p= 0,013$); Seabra ($R^2= 0,388$; $p= 0,023$); Jequié ($R^2= 0,345$; $p= 0,035$); Livramento de Brumado ($R^2= 0,388$; $p= 0,023$); Itapetinga ($R^2= 0,472$; $p= 0,010$); Ilhéus-Itabuna ($R^2= 0,672$; $p= <0,001$); Porto Seguro ($R^2= 0,567$; $p= 0,003$).

Discussão

O estudo apontou que 43,75% das microrregiões revelaram significativa tendência crescente ao femicídio. A microrregião de Salvador, capital do estado da Bahia, Brasil, que também apresenta tendência ao crescimento do femicídio, é a microrregião com maior número óbitos por esta causa. No *ranking* nacional, no período de 2000 a 2012, esta capital ocupou a 10^a posição quanto ao femicídio quando comparado às outras capitais do país⁴.

Pesquisa realizada com países da América Latina - Argentina, Brasil, Chile, Colômbia e México - também revelou um aumento significativo das taxas de femicídio.

Desses, a mortalidade por agressões de mulheres no Brasil, Colômbia e México foram maiores do que a média mundial e Latino Americana no período de 2001 a 2011. No entanto, este aumento não se atribuiu a uma melhoria do registro ou da classificação dos óbitos, uma vez que a taxa de mortalidade por eventos de intenção não determinado mostrou-se invariável nos anos analisados¹¹.

Estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA) no período de 2000 a 2005, que explorou as diferenças de gênero no número de homicídios por parceiro íntimo entre americanas(os) asiáticas(os) mostrou que, dos 125 casos investigados, 54,9% dos homicídios ocorreram no Sudeste Asiático¹².

Pesquisa ecológica¹³ que avaliou as associações entre as variáveis socioeconômicas e demográficas e as taxas por homicídio no ano de 2009 no estado da Bahia revelou que os municípios de Salvador, Catu, Alagoinhas, Porto Seguro e Ilhéus-Itabuna possuem taxas elevadas de homicídio, o que também foi constatado em nosso estudo. De igual modo, a microrregião de Jequié, Centro-Sul da Bahia, apresentou comportamento crescente para o femicídio. Pesquisa realizada neste município sinaliza para o aumento das iniquidades relacionadas ao fenômeno da urbanização, as quais culminam na concentração de grande parcela da população em áreas periféricas com precárias condições de vida, ambiente e trabalho. Atrelado a isso, encontra-se o aumento de demandas de cunho social, visto que essas taxas se associam a fatores relacionados ao analfabetismo e a desigualdade social.

Esses fatores nos alertam para a vulnerabilidade das mulheres que se apresentam em situação de violência estrutural. Estudo realizado no Canadá constatou que mulheres de classes econômicas menos favorecidas possuem cinco vezes mais chances de serem violentadas. Pesquisa ecológica realizada entre 2003 e 2007, que reuniu dados de mortalidade feminina por agressão segundo as Unidades Federativas do Brasil, evidenciou que entre os 20 mil óbitos por essa causa, a maioria era de mulheres jovens, da raça negra, solteiras e de baixa

escolaridade.⁹ Corroborando, estudo estatístico realizado nos EUA, que examinou as associações existentes entre os bairros e a ocorrência de femicídio por parceiro íntimo, mostrou que existem evidências de associação entre este tipo de violência em mulheres negras e solteiras.¹⁴

Essa realidade também se associa a cultura e a religião em que essas mulheres se encontram inseridas. Estudo realizado com população americana asiática afirma que esta comunidade possui forte contexto religioso e cultural que firma o poder dos homens sobre as mulheres contribuindo para a ocorrência do femicídio.¹² Vale referir que a região Nordeste do Brasil também apresenta uma conjuntura cultural forte em torno da figura masculina, que coloca o homem em posicionamento viril, valente e detentor do poder, características essas sedimentadas pelo patriarcalismo.^{15,16}

Assim sendo, o poder do patriarcado sedimentado pela condição de subordinação, às quais as mulheres estão subjugadas, reforça o caráter velado da violência e as bloqueiam de revelar o problema nos serviços de saúde, dificultando a sua identificação.¹⁷ Estudo realizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, que reuniu 92 inquéritos da delegacia de homicídios, mostra que o femicídio é marcado por imensa crueldade, estando imbricada com a condição de discriminação e subordinação das mulheres na sociedade patriarcal.¹⁸ Devido a essas particularidades que permeiam o femicídio, sobretudo por se tratar de um crime associado a simples condição de ser mulher, é que recentemente se criou a Lei Nº 13.104/2015, conhecida como “Lei do Femicídio”.¹⁹ Esta altera o art. 121 do Decreto de Lei nº 2.848/1940 do Código Penal, o designando como circunstância qualificadora do crime de homicídio, assim como o inclui através do art. 1º da Lei nº 8.072/1990 no rol de crimes hediondos.

A dificuldade de identificar a violência contra a mulher relaciona-se ainda ao não reconhecimento da violência pelo profissional, o que contribui para o sub-registro, inclusive

na perspectiva da causa do óbito. Estudo realizado com médicos e enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um município de Santa Catarina, Brasil, revelou que estes não se sentem capazes para o reconhecimento da violência, sobretudo quando esta não deixa marcas no corpo, contribuindo dessa forma para a invisibilidade do fenômeno.¹⁹ Contudo, mesmo quando há sinais e sintomas de cunho físico, não necessariamente se investiga sua interface com a violência. Corroborando, estudo realizado em Luanda, Angola com gestores, enfermeiras e médicos de hospitais de emergência mostra que as práticas profissionais se restringem às lesões físicas sem, contudo, uma preocupação de associá-las ao agravo.²⁰ Dessa forma, não é incomum ainda que ocorram registros da lesão/trauma, este se dá de forma isolada.

A realidade do não reconhecimento do agravo e conseqüente subregistro da violência pode interferir severamente na fidedignidade dos dados referentes aos óbitos de mulheres no país. Compreendendo tal contexto, é que inferimos acerca das microrregiões do estado da Bahia que apresentaram tendência ao femicídio estável entre os anos de 2000 a 2012. Assim essa tendência à estabilidade pode estar atrelada ao sub-registro do assassinato de mulheres, em decorrência do não preenchimento, na declaração de óbito, do Cadastro Internacional de Doenças (CID) referente às causas externas (CID 10 – X85 - Y09).²¹ As diferentes formas de agressão/violência foram incorporadas ao CID em sua 10ª revisão no ano de 1995, deixando de serem classificadas na “Classificação Suplementar de Causas Externas de Lesões e de Envenenamentos” e passando a integrar à Classificação propriamente dita como um de seus capítulos denominado “Causas Externas de Mortalidade e Morbidade”.²²

Embora a inclusão das formas de agressão no CID tenha sido um marco para a percepção das causas violentas como um problema de saúde pública, esse registro mostra-se pouco utilizado. Estudo realizado com médicos legistas do Instituto Médico Legal (IML) apontou que estes profissionais tendem a subnotificar as causas externas nas declarações de

óbito.²¹ Dados revelaram que, em 2003, o Nordeste do Brasil se mostrou como a região com maior problema de qualidade de informações na cobertura do SIM, reunindo um percentual de 81% dos óbitos não declarados no país e 65% dos óbitos declarados sem a causa de morte.²³

O Ministério da Saúde já vem se preocupando com a fidedignidade das informações de mortalidade disponibilizadas ao SIM. Para tanto, em 2005, se criou o formulário de “Investigação da causa do óbito”, que permite a coleta de dados obtidos a partir de instituições de saúde e cartórios. Em seguida, tendo em vista a necessidade de aprofundamento sobre as reais causas do óbito, criou-se o formulário de “Autópsia Verbal”, que reúne informações de familiares e cuidadores que estiveram próximos ao paciente no momento anterior ao óbito. Este conta inclusive com questões direcionadas à história de ferimentos e violência, os quais visam identificar com clareza a ocorrência de uma causa externa de morte.²³

Essa necessidade de melhoria das informações também é apontada por países da Europa que consideram que o reconhecimento do femicídio se dá a partir da implementação e fortalecimento do Sistema de Informação em Saúde. Este se encontra relacionado à capacidade de coletar dados válidos e confiáveis descrevendo a extensão da sua ocorrência, o seu contexto e os fatores de risco para estabelecer linhas de ação para a sua prevenção²⁴. Espera-se que o movimento direcionado à melhoria da qualidade das informações do SIM permita desvelar o verdadeiro perfil de mortalidade do país, para que possamos conhecer a real tendência (decrecente, crescente ou de estabilidade) das cidades brasileiras.

O estudo revelou a tendência crescente de femicídio em 14 das 32 microrregiões do estado da Bahia. Alerta-nos para a estabilidade de feminícios apresentados nas demais 18 microrregiões do estado, cuja realidade encontra-se atrelada ao preenchimento inadequado da Declaração de Óbito, que por sua vez não contempla o CID referente a causas externas. Nesse

sentido, propomos a inclusão de um campo na DO com o objetivo de identificar os óbitos de mulheres decorrentes de situações de violência doméstica ou sexual.

Essa dificuldade em registrar ocorrências violentas na declaração do óbito guarda relação com o despreparo profissional para identificação do agravo, com resquício na formação centrada no modelo biomédico e tecnicista. Nesse sentido, aponta-se para a necessidade de inserção de temáticas voltadas ao reconhecimento da violência desde os currículos de graduação até no processo de educação permanente em serviço. Busca-se assim melhorar a qualidade dos registros e, por conseguinte, possibilitar o panorama do femicídio mais fidedigno.

Torna-se fundamental que os(as) profissionais de saúde busquem conhecer o contexto da violência contra a mulher imbuindo-se de subsídios que possam direcionar seu cuidado, evitando que mais mulheres sejam assassinadas pelo simples fato de serem mulheres. Essa mobilização frente às necessidades da mulher em situação de violência ainda favorecerá a identificação precoce do agravo, condição essencial para o acolhimento da mulher e seu empoderamento para uma vida livre de violência.

O estudo desponta ainda para o aumento de femicídio relacionado ao processo de urbanização, podendo estar atrelado ao aumento de demandas sociais e das desigualdades, fato este que extrapola o campo da saúde exigindo interação político-social. Diante dessa realidade evidencia-se a necessidade da adoção de medidas para o enfrentamento de fatores determinantes e condicionantes para o femicídio na Bahia. Nessa esfera, é essencial a qualificação da mulher para o mercado de trabalho e oportunidades para geração de renda e emprego a fim de que estas possam empoderar-se também economicamente e garantir sua subsistência e da sua prole. Faz-se necessário ainda o maior incentivo a políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência contra a mulher com interface para a geração de renda.

Referências

- 1 Radford J, Russel DHE. Femicides: the politics of woman killing. 1a ed. New York: Twayne Publishers; 1992.
- 2 Blay EA. Assassinato de mulheres e direitos humanos. 2a ed. São Paulo: Editora 34; 2008.
- 3 Garcia LP, Santana LRS, Höfelmann DA. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2013; 22(3):383-394.
- 4 Waiselfisz, JJ Mapa da Violência 2015 – Homicídios de mulheres no Brasil. 1a ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Flacso; 2012.
- 5 Villela LCM, Moraes SA, Suzuki CS, Freitas ICM. Tendência da mortalidade por homicídios em Belo Horizonte e região metropolitana: 1980-2005. *Rev. Saúde Pública*. 2010; 44(3): 486-495.
- 6 Gomes NP, Erdmann AL. Violência conjugal na perspectiva de profissionais da "Estratégia Saúde da Família": problema de saúde pública e a necessidade do cuidado à mulher. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2014; 22(1):1-9.
- 7 Cecilio LPP, Garbin CAS, Rovida TAS, Queiróz APDG, Garbin AJ. Violência interpessoal: estudo descritivo dos casos não fatais atendidos em uma unidade de urgência e emergência referência de sete municípios do estado de São Paulo, Brasil, 2008 a 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2012; 21(2):293-304.
- 8 Campbell JC, Webster D, Koziol-McLain J, *et al*. Risk Factors for Femicide in Abusive Relationships: Results From a Multisite Case Control Study. *American Journal of Public Health*. 2003;93(7):1089-1097.
- 9 Meneghel SN, Hirakata VN. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2011; 45(3)564-74.
- 10 World Health Organization (WHO). Standard population 2000-2025.

- 11 Molinatti F, Acosta LD. Trends in mortality by assault in women in selected countries of Latin America, 2001-2011. *Rev Panam Salud Publica* 2015 ; 37(4-5): 279-286.
- 12 Sabri B, Campbell JC, Dabby FC. Gender Differences in Intimate Partner Homicides Among Ethnic Sub-Groups of Asians. *Violence Against Women*. 2016; 22(4):432-453.
- 13 Silva JM, Brito KCA, Andrade NMA *et al* Mortalidade por causas externas em uma cidade do interior da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2012; 36(2): 344-57.
- 14 Beyer KMM, Layde PM, Hamberger LK, Laud PW. Does neighborhood environment differentiate intimate partner femicides from other femicides? *Violence against women*. 2015;21(1):49-64.
- 15 Minayo MCS. Laços perigosos entre machismo e violência. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005;10(1)23-26.
- 16 Pasinato, W. "Femicídios" e as mortes de mulheres no Brasil. *Cad. Pagu*. 2011; 37(4)219-246.
- 17 Dufloth, SC, Oliveira MF, Rodrigues M.I.A, Sousa RR. Construção da cidadania feminina: contribuições do pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra a mulher. *INTERthesis*. 2015; 12(1):271-291.
- 18 Meneghel SN, Ceccon RF, Hesler LZ, Margarites AF, Rosa S, Vasconcelos VD. Femicide: narratives of gender crimes. *Interface*. 2013;17(46): 523-533.
- 19 Gomes NP, Erdmann AL, Higashi GDC; Cunha KS, Mota RS, Diniz NMF. Preparo de enfermeiros e médicos para o cuidado à mulher em situação de violência conjugal. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2012.26(3);593-603.
- 20 Monteiro CFS, Araújo TME, Nunes BMVT, Lustosa AR, Bezerra CMJ. A violência contra a mulher atendida em unidade de urgência: uma contribuição da enfermagem. *Esc. Anna Nery*. 2006;10(2):273-279.

- 21 Bastos M., Pereira J, Smarzarro D *et al.* Análise ecológica dos acidentes e da violência letal em Vitória, ES. *Revista de Saúde Pública.* 2009;43(1):123-132.
- 22 Laurenti R, Mello Jorge M, Gotlieb S. Estatísticas de mortalidade e seus usos. *RECIIS.*2013;7(2):1-12.
- 23 Brasil. Ministério da Saúde. Manual para Investigação do Óbito com Causa Mal Definida. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- 24 Vives Cases C, Goicolea I, Hernández A *et al.*Expert Opinions on Improving Femicide Data Collection across Europe: A Concept Mapping Study. *Plos One.* 2016;11(2)

**PERFIL DA MORTALIDADE POR FEMICÍDIO NO ESTADO DA BAHIA, BRASIL,
2000 A 2012**

**PROFILE OF MORTALITY BY FEMICIDE IN THE STATE OF BAHIA, BRAZIL,
2000 TO 2012**

**PERFIL DE LA MORTALIDAD POR FEMICIDIO EN EL ESTADO DE BAHIA,
BRASIL, 2000-2012**

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil da mortalidade por feminicídio nas microrregiões do estado da Bahia, Brasil, no período de 2000 a 2012. Método: Estudo descritivo realizado a partir da utilização de dados secundários, disponíveis no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), referentes à totalidade de óbitos por feminicídios nas microrregiões do estado da Bahia, Brasil, ocorridos entre os anos de 2000 a 2012. As variáveis estudadas foram: coeficiente de mortalidade por feminicídio, local de ocorrência do óbito, faixa etária, cor/raça e escolaridade. Resultado: Foram registrados, no SIM 3.342 ocorrências de feminicídio, com maior predominância de mulheres jovens, na faixa etária entre 20 e 29 anos, negras, com baixa escolaridade e que foram assassinadas em via pública. Conclusão: O estudo nos permitiu descrever o perfil do feminicídio na Bahia, essencial para o delineamento de políticas e ações específicas para o enfrentamento do problema.

Descritores: violência contra a mulher; mortalidade; saúde da mulher, homicídio.

ABSTRACT

Objective: Describe the profile of mortality by femicide in the state of Bahia, Brazil in the period between 2000 to 2012. Method: Descriptive study conducted through secondary data, available in the Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) / Mortality Information System,

regarding the totality of deaths by femicide in the microregions of the state of Bahia, Brazil, occurred between 2000 and 2012. The variables studied were: coefficient of mortality by femicide, local of occurrence of the death, age group, color/race and level of education. Results: It was registered, at SIM, 3.342 occurrences of femicide, with major predominance of young women, at the age from 20 to 29 years, black, with low level of education and that were killed in public areas. Conclusion: The study allowed us to describe the profile of femicide in Bahia, essential to elaborate policies and specific actions in the confrontation of the problem.

Descriptors: violence against women; mortality; women's health; homicide.

RESUMÉN

Objetivo: describir el perfil de la mortalidad por femicidio en las microregiones del estado de Bahia, Brasil, entre 2000 y 2012. Metodos: Estudio descriptivo realizado con la utilizacion de datos secundarios disponibles en el Sistema de información e mortalidad (SIM), referente al total de muertes por femicidio en las microregiones del estado de Bahía, Brasil, ocurridos entre los años de 2000 y 2012. las variables estudiadas fueran: tasa de mortalidad de femicidio, el lugar de ocurrencia de la muerte, la edad, el color/raza y la escolaridad se registraron, en el SIM, 3.342 casos de feminicidio, con un predominio de las mujeres jóvenes de edades comprendidas entre 20 y 29 , negro , con poca educación y que fueron asesinados en las calles . Conclusión : El estudio nos permitió describir el perfil feminicidio en Bahía, esencial para el diseño de políticas y acciones para abordar el problema específico .

Descriptores: la violencia contra la mujer; la mortalidad ; salud de la mujer , el homicidio

INTRODUÇÃO

O termo femicídio refere-se à expressão máxima da violência perpetrada por homens contra as mulheres. Ainda na década de 70, Russel empregou esse termo para definir exclusivamente as mortes de mulheres causadas por homens em razão do fato de serem mulheres, resguardando nesses assassinatos uma relação desigual de gênero.¹

Nas Américas houve uma discrepância na adaptação ao conceito. Países como o México e o Chile passaram a utilizar o termo femicídio como qualquer assassinato de mulheres e feminicídio como àqueles pautados em relações desiguais de gênero. Por outro lado, ativistas da América Central têm utilizado a expressão femicídio para caracterizar os assassinatos misóginos de mulheres. Portanto, em nosso país, os dois termos podem ser utilizados como sinônimos.^{2,1}

No Brasil, no período de 2003 a 2007, ocorreram 19.459 femicídios³. De 2007 a 2011, a taxa anual de mortalidade de mulheres por agressões foi estimada em 5,22 óbitos por 100 000 mulheres, o que representa aproximadamente 5 722 mortes de mulheres por causas violentas a cada ano, 477 a cada mês, dezesseis a cada dia, ou uma morte a cada uma hora e trinta e dois minutos⁴. Em resposta a essa preocupante realidade, no ano de 2015 foi promulgada a Lei Nº 13.104, que altera o Código Penal tipificando o crime do feminicídio como um crime hediondo, com objetivo de punir com mais severidade os assassinos de mulheres por razões de gênero.

Apesar das iniciativas coercitivas e de alguns estudos produzidos acerca do comportamento epidemiológico do femicídio no Brasil, percebemos uma carência no conhecimento da magnitude e distribuição do femicídio nas regiões e estados brasileiros. Nesse sentido, adotou-se como questão de pesquisa: qual o perfil da mortalidade por feminicídio nas microrregiões do estado da Bahia, Brasil, no período de 2000 a 2012? Com o intuito de fornecer subsídios para que o estado e a sociedade possam unir esforços no combate

à violência contra a mulher no Brasil. Assim, esse estudo tem como objetivo descrever o perfil da mortalidade por feminicídio nas microrregiões do estado da Bahia, Brasil, no período de 2000 a 2012.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, realizado a partir da utilização de dados secundários, disponíveis no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), referentes à totalidade de óbitos por femicídios nas microrregiões do estado da Bahia, Brasil, ocorridos entre os anos de 2000 a 2012. Para a escolha desse recorte temporal levou-se em consideração que no ano 2000 entrou em vigor a última atualização da declaração de óbito e no momento da coleta, estavam disponíveis os dados até o ano de 2012, configurando-se, assim, o limite superior do período estudado.

O Estado da Bahia, localizado na Região Nordeste do Brasil, tem extensão territorial de 564 733,177 km². Possui uma população feminina estimada para o ano de 2015 de 7.6 milhão, com um crescimento de 7,6% em relação ao ano de 2010. O estado agrega 32 microrregiões de saúde, cuja aglomeração dos municípios levou em consideração a densidade demográfica, oferta e complexidade de serviços de saúde disponíveis para a população residente em cada território. Constituem microrregiões do estado baiano, os seguintes municípios: Barreiras; Cotegipe; Santa Maria Vitória; Juazeiro; Paulo Afonso; Barra; Bom Jesus da Lapa; Senhor Bonfim; Irecê; Jacobina; Itaberaba; Feira de Santana; Jeremoabo; Euclides Cunha; Ribeira do Pombal; Serrinha; Alagoinhas; Entre Rios; Catu; Santo Antônio de Jesus; Salvador; Boquira; Seabra; Jequié; Livramento de Brumado; Guanambi; Brumado; Vitória da Conquista; Itapetinga; Valença; Ilhéus-Itabuna e Porto Seguro.

As variáveis estudadas foram: coeficiente de mortalidade por femicídio, local de ocorrência do óbito, faixa etária, cor/raça e escolaridade. Com o objetivo de facilitar a apresentação dos dados, a idade foi categorizada nas seguintes faixas etárias: 0 a 19, 20 a 39, 40 a 59 e 60 +; e a variável raça/cor agrupada como negra e não negra. As demais variáveis serão descritas da forma que estão disponíveis no DATASUS.

O coeficiente de mortalidade por femicídio foi calculado sobre o denominador de 1 mil habitantes. As informações referentes à população residente no período estudado, base de cálculo das taxas, corresponderam aos dados estimados pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde. Procedeu-se a padronização dos coeficientes de mortalidade por femicídio utilizando o método direto, com o objetivo de controlar o possível confundimento de diferentes estruturas etárias sobre o valor do Coeficiente de Mortalidade por femicídio. Utilizou-se como população padrão, a fornecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o período 2000 a 2025.⁵ O processamento dos dados foi realizado pelo programa *Epi Info*, versão 3.5.1; e sua análise, por estatísticas descritivas.

Os aspectos éticos que envolvem pesquisas com seres humanos foram preservados, não sendo necessária a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, por se tratar de um estudo desenvolvido com dados secundários de uma base de acesso nacional e pública.

RESULTADOS

No período de 2000 a 2012, foram registrados, no SIM, 3.342 óbitos por femicídio no estado da Bahia, Brasil. No Apêndice B é apresentado os coeficientes de mortalidade padronizados para o femicídio e estratificado pelas microrregiões baianas. Percebe-se um aumento dos coeficientes nas seguintes microrregiões: Barra, Barreiras, Itaberaba, Paulo

Afonso e Ribeira do Pombal. No entanto, observa-se que em 63,3% das microrregiões ocorreu redução dos coeficientes de mortalidade por femicídio, a saber: Alagoinhas, Bom Jesus da Lapa, Catu, Entre Rios, Feira de Santana, Guanambi, Ilhéus-Itabuna, Irecê, Itapetinga, Jeremoabo, Jequié, Juazeiro, Porto Seguro, Salvador, Santa Maria da Vitória, Santo Antônio de Jesus, Serrinha, Valença e Vitória da Conquista.

No que tange os dados relativos ao femicídio segundo os grupos etários, observa-se que em 93,3% das microrregiões houve predominância dos óbitos em mulheres jovens, na faixa etária entre 20 e 29 anos (Apêndice C). Cabe ressaltar que a microrregião de Boquira apresentou o maior percentual de incompletude para questão da faixa etária no período em estudo.

No que concerne a variável raça/cor da pele, os resultados mostram uma elevada quantidade de óbitos entre as mulheres negras (Apêndice D). Vale salientar que as microrregiões de Barreiras (100%), Salvador (88,1%), Valença (87,9%), Serrinha (87,2%) e Catu (86,6%) apresentam as maiores proporções de mulheres negras assassinadas.

A respeito da variável escolaridade, observou-se que 90% das vítimas possuíam menos de oito anos de estudo. Todavia, destaca-se a alta proporção de informações sobre a escolaridade ignorada nas microrregiões de Livramento de Brumado (83,3%), Jequié (62,6%), Seabra (60,6%) e Itaberaba (60%) (Apêndice E).

Quanto ao local de ocorrência do femicídio, 60% das mulheres foram a óbito em via pública. No entanto, nas microrregiões de Alagoinhas, Euclides da Cunha, Guanambi, Itaberaba, Itapetinga, Jequié, Livramento de Brumado, Senhor do Bonfim e Seabra a maioria das vítimas foi assassinada em domicílio (Apêndice F).

DISCUSSÃO

O coeficiente do femicídio na Bahia no período de 2000 a 2012 mostrou decréscimo na maioria dos municípios. Apesar disso, estudo realizado pelo Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas (IPEA), com o objetivo de estimar e corrigir os coeficientes de mortalidade por femicídios, aponta que esse estado, após Espírito Santo, é o que exibe maior índice de homicídios de mulheres no país.^{4,6} Assim, apesar da redução no coeficiente, as baianas, bem como as capixabas, apresentam maior risco de serem assinadas no território brasileiro. Não podemos deixar de considerar a relevância da correção das estimativas, que assegura maior fidedignidade dos dados e dá visibilidade a quanto os indicadores referentes ao femicídio são subregistrados em nosso país.

Com relação à caracterização sociodemográfica, no que tange a escolaridade, observa-se a interface entre o femicídio e tal variável, apesar dos índices consideráveis de ignorados, o que sugere uma não preocupação com o preenchimento dessa informação no sistema. Corroborando com a alta proporção de incompletude, estudo realizado na cidade do Recife⁷, que analisou declarações de óbito durante cinco anos, revelou que quase 80% dos registros não informavam o grau de instrução da mulher. Ainda que, entre as fichas que continham essa informação, quase 55% das vítimas possuíam o ensino fundamental incompleto. O estudo na Bahia despontou para percentual bem maior, de quase 90%, evidenciando que as mulheres com menos tempo de estudo (inferior a oito anos) são mais fatalmente vitimadas pela violência comparado àquelas com maior acesso à educação. Embora porcentagem um pouco menor, percebe-se um comportamento semelhante na capital do Acre, Brasil, onde 81% das mulheres vítimas de assassinatos possuíam menos de oito anos de estudo.⁸

Essa realidade também foi observada em outros países. Evidenciou-se entre as mulheres turcas que quanto maior o nível de instrução educacional, menor o risco de serem vítimas fatais da violência. Dessa forma, os autores consideram possuir nível superior um fator de proteção para o feminicídio.⁹ Para a Organização Mundial da Saúde, a baixa

escolaridade eleva o risco de homicídio feminino, estando este associado à maior chance de a mulher sofrer violência na relação íntima e ser violada sexualmente.

O estudo mostrou ainda que as mulheres negras possuem maior vulnerabilidade de serem assassinadas. Em que pese às altas taxas de ignorados, tal fato fora evidenciado na maioria das microrregiões baianas, a exemplo do município de Barra, onde 100% das mulheres assassinadas eram negras. Essa realidade pode estar atrelada ao fato da população de Barra se constituir majoritariamente por indivíduos autodeclarados pretos ou pardos (82,6%).

¹⁰ Dados nacionais divulgados pelo IPEA apontam para os elevados índices de assassinato de mulheres negras, principalmente nas regiões nordeste (87%); norte (83%) e centro-oeste (68%), evidenciando a vulnerabilidade a qual estas estão expostas. Mesmo países com minoria de negros aponta que a raça negra se configura fator de risco para o femicídio, a exemplo da Espanha.¹¹ Tal realidade nos alerta para o risco do femicídio apenas pelo fato de pertencer à população negra.

Os indicadores sociais brasileiros sobre as condições de vida sob o recorte racial demonstram que as mulheres negras possuem saúde deficitária, com maior propensão ao adoecimento, inclusive psíquico e a mortalidade; pior nível de educação, renda e habitação, sendo esta desprovida de infraestrutura básica e com alta influência da criminalidade.¹² Estudo realizado no Brasil³, com o objetivo de conhecer os fatores associados ao femicídio, comprovou que viver em regiões com altos índices de violência urbana constitui-se um fator de risco para ser assassinada. Nos Estados Unidos da América (EUA), a população negra encontra-se em maior vulnerabilidade para sofrer violência não perpetrada por parceiro íntimo¹³ o que reforça a relação entre ser negra e estar susceptível a sofrer com a violência no âmbito urbano. Concordando, pesquisa realizada¹⁴ a partir de relatos de homicídio de mulheres acrescenta que as principais vítimas de feminicídio residem em territórios marcados pelo tráfico e pela pobreza, sendo na sua maioria negras e jovens.

Ser jovem também representou condição de risco para ser assassinada na Bahia. Outros estados brasileiros também revelam a condição de ser jovem como um fator de risco para feminicídio, como é o caso do Acre, onde 53,6% das vítimas se encontravam na segunda década de vida.⁹ De maneira antagônica, estudo que traçou o perfil de femicídio na Espanha e suas interfaces com a violência por parceiro íntimo identificou que 95% das mulheres estavam na faixa etária média de 41 anos.¹⁵ No entanto, muitos países confirmam ser as jovens as principais vítimas, situação presente na maioria da América Latina.

Uma hipótese para explicar esse achado remete ao fato de que, entre as diferentes faixas etárias, esta possui maior acesso a informações acerca de seus direitos, inclusive relacionados a uma vida livre de violência. As temáticas de gênero e direitos das mulheres vêm sendo debatidas em diferentes espaços sociais, como escolas, mídias eletrônicas e comunidades, favorecendo a não aceitação da opressão masculina. Contudo, ir de encontro ao papel socialmente imposto a elas dentro do relacionamento, não se submetendo aos estereótipos que as colocam em uma posição de inferioridade e submissão aos homens, vulnerabiliza às mulheres para violência. Nota-se assim que a violência contra a mulher, onde se insere o femicídio, perpassa pela crença masculina de direito sobre a mulher. Ancorada no patriarcado, é essencial o debate acerca da desigualdade de gênero responsável pela naturalização do poder e dominação masculina sobre o corpo da mulher e pelos altos índices de morbimortalidade feminina, independente do espaço onde o evento ocorra.

Na Itália, estudo indicou que a maior parte dos femicídios foi cometido no ambiente doméstico.^{16,17} No entanto, nesse estudo, a via pública foi o principal local de mortes de mulheres, o que não se difere do cenário onde ocorre os assassinatos masculinos. Estudos apontam que os assassinatos de homens que ocorrem em via pública geralmente têm como algoz uma pessoa desconhecida, entretanto, no caso de mulheres, o fato de a via pública se destacar como local de ocorrência dos homicídios pode refletir uma maior exposição feminina

à agressão ao tentar romper com o relacionamento. Nesse sentido, pesquisa divulgada pela Organização Mundial da Saúde encontra consonância em nossos achados, ao defender que o risco para femicídio aumenta quando a mulher tenta se afastar do cônjuge e/ou quando decide deixar a relação abusiva, levando a crimes motivados pela honra. Cerca de 17% das italianas assassinadas haviam referido serem perseguidas pelo companheiro no ano precedente a sua morte.^{16,17} Tais evidências sugerem que os assassinatos em locais públicos são oriundos de situações de violência doméstica contra a mulher. Cabe salientar que, no Brasil, o assassinato de mulheres motivado pela honra, ciúme, sentimento de posse é considerado feminicídio por motivação torpe, o qual se configura enquanto motivo repugnante, moral e socialmente repudiado.¹⁸

Não podemos deixar de considerar a relevância da correção das estimativas, que assegura maior fidedignidade dos dados e dá visibilidade a quanto os indicadores referentes ao femicídio são subregistrados em nosso país. O não registro e/ou a incompletude das variáveis dos óbitos podem influenciar nos resultados encontrados, mascarar ou distorcer informações importantes sobre mortalidade.¹⁹ Por isso, a má qualidade nas informações acerca da raça e escolaridade em nosso estudo compromete o conhecimento dessas variáveis e assim a descrição fidedigna do perfil do femicídio na Bahia. Essa é uma realidade presente no nordeste do país, que vem se mostrando como a região com maior problema nas informações contidas no SIM. Tal contexto, contudo, não se dá exclusivamente no Brasil. Em países da América Latina, como o Chile, Peru e Nicarágua, também se evidenciam dificuldades com o registro das informações do óbito, consideradas limitantes no estabelecimento de estimativas reais em relação ao feminicídio⁶, bem como do perfil das vítimas. Portanto, conhecer o perfil de mortalidade feminina direciona a elaboração e implementação de políticas públicas específicas, dirigidas a essa população, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher.

CONCLUSÃO

O estudo revelou uma diminuição no coeficiente de femicídios na maioria dos municípios da Bahia. Apesar disso, o número mulheres assassinadas ainda é expressivo, principalmente quando comparada a outros estados brasileiros. Alerta-nos o fato de que as mulheres jovens, na faixa etária de 20 a 29 anos, negras e de baixa escolaridade foram maioria a vivenciar esse agravo, que predomina na via pública. Embora a pesquisa apresente a descrição do perfil de femicídios na Bahia, urge a necessidade de maiores investigações no sentido de elucidar a relação entre as variáveis encontradas e a ocorrência de óbito, a exemplo da maior vulnerabilidade da mulher jovem ser assassinada.

Acreditamos que a redução do femicídio perpassa por um olhar sensível dos(as) profissionais que atuam no serviço de saúde, no sentido de reconhecer e intervir nos casos de violência, antecipando-se ao assassinato. Além disso, é essencial viabilizar espaços de educação em saúde que empodere as mulheres para reconhecer que as condições desiguais de gênero são construções sociais e, portanto, devem ser desconstruídas a fim de favorecer relações mais simétricas entre homens e mulheres, pautadas no respeito masculino ao direito da mulher decidir sobre suas próprias vidas.

A interpretação dos resultados deve levar em consideração que a pesquisa foi realizada com dados secundários, podendo gerar inconsistências em relação à quantidade e/ou qualidade da informação produzida. Além das limitações relacionadas ao registro e ao preenchimento da DO pelo profissional de saúde, destaca-se o inadequado processamento dos dados, que influencia na fidedignidade dos dados do SIM.

REFERÊNCIAS

1 Radford J, Russel DHE. Femicides: the politics of woman killing. 1a ed. New York: Twayne Publishers; 1992.

- 2 Garcia LP, Santana LRS, Höfelmann DA. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2013; 22(3):383-394.
- 3 Meneghel SN, Hirakata VN. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2011; 45(3):564-74.
- 4 Garcia LP, Freitas LRS, Silva GDM, Höfelmann DA. Estimativas corrigidas de feminicídios no Brasil, 2009 a 2011. *Rev Panam Salud Publica*. 2015; 37(4-5): 251-257.
- 5 World Health Organization (WHO). Standard population 2000-2025.
- 6 Villela LCM, Moraes SA, Suzuki CS, Freitas ICM. Tendência da mortalidade por homicídios em Belo Horizonte e região metropolitana: 1980-2005. *Rev. Saúde Pública*. 2010; 44(3): 486-495.
- 7 VÍLCHEZ, A. I. G. La regulación del delito de femicidio/feminicidio en América Latina y el Caribe. Panamá: Únete, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/eAMmLZ>>.
- 8 Silva LS, Menezes MLN, Lopes CLA, Corrêa MSM. Anos potenciais de vida perdidos por mulheres vítimas de homicídio na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2011;27(9):1721-1730.
- 9 Amaral NA, Amaral CA, Amaral TLM. Female mortality and years of life lost due to homicide/aggression in a brazilian capital after the Maria da Penha Law was enacted. *Texto contexto - enferm*. 2013;22(4):980-988.
- 10 Karbeyaz K, Managera EB, Akkaya H, Balci Y. An analysis of the murder of women in a 10-year period in Eskisehir Province located in western Anatolia in Turkey. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2013; 20(6):736-9.

- 11 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/seculoxx/arquivos_xls/palavra_chave/populacao/populacao_resident_e.shtm> Acesso em: 30 abr. 2015.
- 12 Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Mota EA, Araújo TM, Oliveira NF. Race/skin color differentials in potential years of life lost due to external causes. *Rev. Saúde Pública* 2009;43(3):405-412.
- 13 Beyer KMM, Layde PM, Hamberger LK, Laud PW. Does neighborhood environment differentiate intimate partner femicides from other femicides? *Violence against women*. 2015;21(1):49-64.
- 14 Meneghel SN, Ceccon RF, Hesler LZ, Margarites AF, Rosa S, Vasconcelos VD. Femicide: narratives of gender crimes. *Interface*. 2013;17(46): 523-533.
- 15 Sanz-barbero *et al.* Perfil sociodemográfico del feminicidio en España y su relación con las denuncias por violencia de pareja. *Gaceta Sanitaria*. 2016 No prelo. Disponível em:<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116300322>>. Acesso em: 18 mai 2016.
- 16 Moreschi *et al.* Medico legal and epidemiological aspects of femicide in a judicial district of north eastern Italy. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2016;39:65–73. Disponível em:<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1752928X16000184>>. Acesso em: 18 mai 2016.
- 17 Jordan *et al.* Adult Victims of Intimate Partner Violence: Mental Health Implications and Interventions. *Encyclopedia of Mental Health (Second Edition)*. 2016
- 18 Brasil. Lei n. 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o Art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o Art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para

incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Brasília: Congresso Nacional, 2015.

Disponível em: <<http://goo.gl/MHpltJ>>.

19 Melo GBT, Valongueiro S. Incompletude dos registros de óbitos por causas externas no Sistema de Informações sobre Mortalidade em Pernambuco, Brasil, 2000-2002 e 2008-2010.

Epidemiol. Serv. Saúde. 2015;24(4):651-660.

20 Brasil. Ministério da Saúde. Manual para Investigação do Óbito com Causa Mal Definida.

Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou a tendência crescente de femicídio em 14 das 32 microrregiões do estado da Bahia. Alerta-nos para a estabilidade de feminicídios apresentados nas demais 18 microrregiões do estado, cuja realidade encontra-se atrelada ao preenchimento inadequado da Declaração de Óbito, que por sua vez não contempla o CID referente a causas externas. Nesse sentido, propomos a inclusão de um campo na DO com o objetivo de identificar os óbitos de mulheres decorrentes de situações de violência doméstica ou sexual.

Essa dificuldade em registrar ocorrências violentas na declaração do óbito guarda relação com o despreparo profissional para identificação do agravo, com resquício na formação centrada no modelo biomédico e tecnicista. Nesse sentido, aponta-se para a necessidade de inserção de temáticas voltadas ao reconhecimento da violência desde os currículos de graduação até no processo de educação permanente em serviço. Busca-se assim melhorar a qualidade dos registros e, por conseguinte, possibilitar o panorama do femicídio mais fidedigno.

Torna-se fundamental que os(as) profissionais de saúde busquem conhecer o contexto da violência contra a mulher imbuindo-se de subsídios que possam direcionar seu cuidado, evitando que mais mulheres sejam assassinadas pelo simples fato de serem mulheres. Essa mobilização frente às necessidades da mulher em situação de violência ainda favorecerá a identificação precoce do agravo, condição essencial para o acolhimento da mulher e seu empoderamento para uma vida livre de violência.

O estudo desponta ainda para o aumento de femicídio relacionado ao processo de urbanização, podendo estar atrelado ao aumento de demandas sociais e das desigualdades, fato este que extrapola o campo da saúde exigindo interação político-social. Diante dessa realidade evidencia-se a necessidade da adoção de medidas para o enfrentamento de fatores determinantes e condicionantes para o femicídio na Bahia. Nessa esfera, é essencial a qualificação da mulher para o mercado de trabalho e oportunidades para geração de renda e emprego a fim de que estas possam empoderar-se também economicamente e garantir sua subsistência e da sua prole. Faz-se necessário ainda o maior incentivo a políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência contra a mulher com interface para a geração de renda.

A obtenção de informações acuradas sobre o perfil de mulheres que são vítimas do femicídio é um desafio. Ainda assim, o nosso estudo conseguiu demonstrar que as mulheres jovens, na faixa etária de 20 a 29 anos, negras e de baixa escolaridade foram maioria a vivenciar esse agravo. Contudo, observamos a necessidade de maiores investigações que

sejam capazes de aprofundar as informações encontradas nesse estudo. A exemplo dos fatores associados que coloquem à mulher jovem, negra e de baixa escolaridade como mais vulnerável ao assassinato. Bem como, o desenvolvimento de estratégias para a identificação precoce das situações de violência contra mulher de modo que impeça a ocorrência do femicídio.

A interpretação dos resultados deve levar em consideração que a pesquisa foi realizada com dados secundários, uma limitação do nosso estudo, o que pode albergar inconsistências em relação à qualidade e ou quantidade da informação produzida. Além das limitações relacionadas ao preenchimento da DO pelo profissional de saúde, destacam-se fatores relacionados ao processamento dos dados que pode influenciar na qualidade dos dados do SIM, como a inadequação dos dados e as lacunas de preenchimento das variáveis socioeconômicas da vítima.

Por fim, acreditamos que a redução do femicídio perpassa por um olhar sensível dos(as) profissionais que atuam no serviço de saúde, no sentido de reconhecer e intervir nos casos de violência, antecipando-se ao assassinato. Além disso, é essencial ampliar as intervenções sociais que sejam capazes de superar as condições desiguais da mulher na sociedade brasileira. Para tanto, o estímulo a educação básica, ao ensino superior e as estratégias de aperfeiçoamento profissional viabilizarão uma melhor qualificação da mulher para o mercado de trabalho gerando autonomia, redução das desigualdades de gênero e redução das situações de violência contra a mulher.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, E. M. *et al* . Race/skin color differentials in potential years of life lost due to external causes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo , v. 43, n. 3, 2009 . Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 nov. 2014

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). **Decreto nº 11.897, de 17 de dezembro de 2009**. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/observatorio/admin/db/userfiles/file/Legislacao/Dec11897_17_12_2009.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2014.

BANDEIRA, L.M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Soc. estado**. Brasília, vol.29, n.2, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922014000200008>>. Acesso em 22 jan. 2015.

BASTOS, M. J. R. P *et al* . Análise ecológica dos acidentes e da violência letal em Vitória, ES. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 43, n. 1, p. 123-132, 2009 .

BLAY, E. A. **Assassinato de mulheres e direitos humanos**. São Paulo: Editora 34, 2008.

BLAY, E. A. Violência contra a mulher e políticas públicas. **Estud. av.**, São Paulo, v. 17, n. 49, 2003 .

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 29 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Disponível em: < <http://matriz.sipia.gov.br/images/acervo/portaria737.pdf>>. Acesso em: 29 dez. 2014.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.campanhapontofinal.com.br/download/informativo-_03.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2014.

_____. Lei Maria da Penha. **Lei n. 11.340 de 2006**. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Presidência da República, 2006. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm>. Acesso em: 29 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Mortalidade por acidentes e violências no Brasil: situação em 2010 e tendências de 2001 a 2010. In: Brasil. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BEYER, K.M.M *et al* . Does neighborhood environment differentiate intimate partner femicides from other femicides? **Violence against women** v.21, n1, 2015.

BUZI, A. C. M. **Femicídio e o projeto de Lei 292/2013 do Senado Federal**. Monografia em Direito. UFSC. Santa Catarina. 101p, 2014

CARNEIRO, A.A; FRAGA, C.K. A Lei Maria da Penha e a proteção legal à mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul: da violência denunciada à violência silenciada. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 110, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 dez. 2014.

CECCON, R.F. *et al* . Suicídio e trabalho em metrópoles brasileiras: um estudo ecológico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 7, 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000702225&lng=en&nrm=iso>. Acessado: 25 Dez. 2014

CECILIO, L.P.P., GARBIN, C.A.S., ROVIDA, T.A.S., QUEIRÓZ, A.P.D.G., GARBIN, A.J. Violência interpessoal: estudo descritivo dos casos não fatais atendidos em uma unidade de urgência e emergência referência de sete municípios do estado de São Paulo, Brasil, 2008 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.21, n.2, 2012.

CAMPBELL, J.C. *et al*. Risk Factors for Femicide in Abusive Relationships: Results From a Multisite Case Control Study. **American Journal of Public Health**. v. 93, n.7, 2003.

CAMPBELL, J.C. *et al*. Intimate partner homicide: review and implications of research and policy. **Trauma Violence Abuse**. v. 8, n. 3, 2007.

CLADEM. Contribuições ao debate sobre a tipificação penal do feminicídio/femicídio. Peru. Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer. 2012.

DUFLOTH, SC. *et al*. Construção da cidadania feminina: contribuições do pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra a mulher. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, Florianópolis, v. 12, n. 1, 2015

FELIX, J.D; ZANDONADE, E; AMORIM, M.H.C., CASTRO, D.S. Evaluation of the plenitude of epidemiological variables of the Information System on Mortality of women with deaths from breast cancer in the Southeast Region: Brazil (1998 - 2007). **Ciênc. saúde coletiva** Rio de Janeiro, v.17 n.4, 2012.

FRANCA JUNIOR, I; MONTEIRO, C. A. Estudo da tendência secular de indicadores de saúde como estratégia de investigação epidemiológica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, supl. p. 5-7, 2000.

GARCIA, L. P.; SANTANA, L. R. S.; HÖFELMANN, D. A. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 3, 2013.

GARCIA, L. P. *et al*. Estimativas corrigidas de feminicídios no Brasil, 2009 a 2011. **Panamericana de Salud Publica**, v. 37, n. 4/5, 2015.

GOMES, N.P *et al.* Preparo de enfermeiros e médicos para o cuidado à mulher em situação de violência conjugal. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.26, n.3, 2012.

GOMES, N. P.; ERDMANN, A L. Violência conjugal na perspectiva de profissionais da "Estratégia Saúde da Família": problema de saúde pública e a necessidade do cuidado à mulher. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692014000100076&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jul. 2014.

GOMES, A. P. P. F. Como morre uma mulher?: configurações da violência letal contra mulheres em Pernambuco. 2014, 394 f. Tese (Doutorado em Sociologia) Universidade Federal de Pernambuco - PE, 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/seculox/arquivos_xls/palavra_chave/populacao/populacao_residente.shtm> Acesso em: 30 abr. 2015.

LACERDA, F.G. "Merecedoras das páginas da história": memórias e representações da vida e da morte femininas (Belém, séculos XIX e XX). **Cad. Pagu**, Campinas, n. 38, June 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010483332012000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Jan. 2015.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M.; GOTLIEB, S.. Estatísticas de mortalidade e seus usos. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2. p. 1-12, jun. 2013.

LEITES, G.T.; MENEGHEL, S. N; HIRAKATA, V. N. Female homicide in Rio Grande do Sul, Brazil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 17, n. 3, p. 642-653, Sept. 2014.

LIMA, MLC. Sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências Hoje. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, Dec. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 dez. 2014.

LUCENA, K. D. T. *et al.* . Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 6, 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000600010&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 08 nov. 2014

MALTA, D.C. *et al.* Análise das ocorrências das lesões no trânsito e fatores relacionados segundo resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Brasil, 2008. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.9, 2011.

MARIN-LEON, Leticia *et al.* . Tendência dos acidentes de trânsito em Campinas, São Paulo, Brasil: importância crescente dos motociclistas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 1, Jan. 2012 .

MELLO JORGE, M. H. P.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. L. D. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, 2007.

MENEGHEL, S. N.; HIRAKATA, V. N. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, 2011.

MINAYO, M. C. S. (org); SOUZA, E. R. (org). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro; FIOCRUZ; 2003. 282 p.

MINAYO, M. C. S. Laços perigosos entre machismo e violência. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. Abrasco, v.10, n.1, 2005.

MINAYO, M. C. S. Seis características das mortes violentas no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, São Paulo , v. 26, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010230982009000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 dez. 2014.

MOURA-COSTA, F.A.M. Padrões espaciais dos homicídios associados ao Indicador Adaptado de Condição de Vida no município de Itabuna - Bahia. 2014, 225 f.Tese (Doutorado em Saúde Pública) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto –SP, 2014.

MOLINATTI, F.; ACOSTA, L.D. Trends in mortality by assault in women in selected countries of Latin America, 2001-2011. **Rev Panam Salud Publica**. Washington , v. 37, n. 4-5, p. 279-286, May 2015.

MONTEIRO, C.F.S., ARAÚJO, T.M.E., NUNES, B.M.V.T. *et al.* A violência contra a mulher atendida em unidade de urgência: uma contribuição da enfermagem. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.10, n. 2, p. 273-279, 2006.

MUNEVAR M. D. I. Delito de femicidio. Muerte violenta de mujeres por razones de género. **Estudios de Sociologia Jurídica**, Bogotá, v.14, n.1, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-05792012000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 jan. 2015.

OLIVEIRA, Z. C.; MOTA, E. L. A; COSTA, M. C. N.. Evolução dos acidentes de trânsito em um grande centro urbano, 1991-2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 2, 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 27 Dez. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial sobre violência e saúde. Genebra; Organização Mundial de Saúde, 2002.

_____. **Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde**. 10ª Revisão, São Paulo: Centro Brasileiro de classificação de Doenças/Centro da OMS para a classificação doenças em português, 1996.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Violencia contra las mujeres y violencia contra los niños y las niñas, 2014. Disponível em: < <http://goo.gl/K2tacA> > Acesso: 20 jan. 2016.

PASINATO, W. “Femicídios” e as mortes de mulheres no Brasil. **Cadernos Pagu**, v. 37, 2011.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PINTO, C. R. J. **Uma história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo. 2013.

PORTO, M.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Atendimento psicológico e a secretaria de políticas para as mulheres. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 24, n. 3, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822012000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 dez. 2014

RADFORD J, RUSSEL D.H.E. Femicides: the politics of woman killing. 1a ed. New York: Twayne Publishers; 1992.

RIOS, P. A. A; MOTA, E. L. A. Traffic deaths: recent evolution and regional differences in Bahia State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 1, Jan. 2013 .

ROMIO, J.A.F. Mortes femininas violentas segundo raça/cor. 2009, 91f. Dissertação. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas - SP, 2009.

SABRI, B., CAMPBELL, J.C., DABBY, F.C.. Gender Differences in Intimate Partner Homicides Among Ethnic Sub-Groups of Asians. **Violence Against Women**. V. 22, n. 4, 2016.

SILVA, S.G. Preconceito e discriminação: as bases da violência contra a mulher. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 30, n. 3, p. 556-571, Sept. 2010 .

SILVA, L. S. *et al* . Anos potenciais de vida perdidos por mulheres vítimas de homicídio na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 9, 2011 . Disponível em:<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000900006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2015.

SILVA, J. M. *et al* Mortalidade por causas externas em uma cidade do interior da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v.36, n. 2, p. 344-57, 2012.

STREATFIELD, P. *et al*. Mortality from external causes in Africa and Asia: evidence from Indepth health and demographic surveillance system sites. **Global Health Action**. North America, v.7, p. 37-47, out. 2014. Disponível em: <<http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/25366>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

VIDAL, C.E.L.; GONTIJO, E.C.D.M; LIMA, L.A.. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 1, Jan. 2013

VILLELA, L.C. M. *et al.* Tendência da mortalidade por homicídios em Belo Horizonte e região metropolitana: 1980-2005. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 44, n. 3, Jun 2010 .

VILLELA, L.C.M. *et al.* . Utilização da imprensa escrita na qualificação das causas externas de morte. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 730-736, Aug. 2012 .

ZALUAR, A; LEAL, M.C. Violência extra e intramuros. **Rev. Bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 16, n. 45, p. 145-164, 2001.

WASELFISZ, J. J. Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil. Rio de Janeiro/São Paulo: Flacso, 2015.

Apêndice A - Tendência da mortalidade feminina por agressão nas microrregiões do estado da Bahia, Brasil, 2000 a 2012. (Continua)

Microrregião	Modelo ^a	β^b	R ^{2c}	P-valor ^d	IC _{95%} ^e	Erro	Tendência
Barreiras	Y(X)=1,164-0,000579*X	-0,0006	0,164	0,170	-0,0014 a 0,0003	0,005	Estacionária
Barra	Y(X)=-4,078+0,002041*X	0,0020	0,087	0,327	-0,0023 a 0,0064	0,027	Estacionária
Brumado	Y(X)=-3,294+0,001650*X	0,0017	0,101	0,289	-0,0016 a 0,0049	0,020	Estacionária
Cotegipe	Y(X)=0,745-0,000371*X	-0,0004	0,149	0,193	-0,0010 a 0,0002	0,004	Estacionária
Entre Rios	Y(X)=-12,201+0,006112*X	0,0061	0,210	0,116	-0,0018 a 0,0140	0,048	Estacionária
Euclides da Cunha	Y(X)=-6,977+0,003488*X	0,0035	0,218	0,108	-0,0009 a 0,0079	0,027	Estacionária
Feira de Santana	Y(X)=-12,466+0,006235*X	0,0062	0,124	0,239	-0,0048 a 0,0173	0,068	Estacionária
Guanambi	Y(X)=-3,821+0,001915*X	0,0019	0,320	0,440	0,0001 a 0,0038	0,011	Estacionária
Irecê	Y(X)=-5,612+0,002812*X	0,0028	0,106	0,278	-0,0026 a 0,0082	0,033	Estacionária
Itaberaba	Y(X)=1,570-0,000710*X	-0,0007	0,031	0,563	-0,0036 a 0,0021	0,017	Estacionária
Jeremoabo	Y(X)=-8,317+0,004162*X	0,0042	0,190	0,137	-0,0015 a 0,0099	0,035	Estacionária
Juazeiro	Y(X)=1,300-0,000626*X	-0,0006	0,034	0,545	-0,0028 a 0,0016	0,014	Estacionária
Paulo Afonso	Y(X)=-3,817+0,001929*X	0,0019	0,053	0,450	-0,0035 a 0,0073	0,033	Estacionária
Ribeira do Pombal	Y(X)=-2,815+0,001415*X	0,0014	0,110	0,268	-0,0012 a 0,0041	0,016	Estacionária
Santa Maria da Vitória	Y(X)=-3,535+0,001773*X	0,0018	0,162	0,172	-0,0009 a 0,0044	0,016	Estacionária
Senhor do Bonfim	Y(X)=-6,488+0,003244*X	0,0032	0,131	0,223	-0,0023 a 0,0088	0,034	Estacionária
Valença	Y(X)=-15,156+0,007577*X	0,0076	0,259	0,076	-0,0009 a 0,0161	0,052	Estacionária
Vitória da Conquista	Y(X)=-6,867+0,003449*X	0,0034	0,201	0,124	-0,0011 a 0,0080	0,028	Estacionária
Alagoinhas	Y(X)=-8,409+0,004214*X	0,0042	0,361	0,030	0,0005 a 0,0079	0,023	Crescente
Bom Jesus da Lapa	Y(X)=-9,836+0,004916*X	0,0049	0,350	0,033	0,0005 a 0,0094	0,027	Crescente
Boquira	Y(X)=-2,969+0,001483*X	0,0015	0,447	0,013	0,0004 a 0,0026	0,007	Crescente
Catu	Y(X)=-17,612+0,008811*X	0,0088	0,450	0,012	0,0023 a 0,0153	0,040	Crescente
Itapetinga	Y(X)=-17,041+0,008519*X	0,0085	0,472	0,010	-0,0025 a 0,0145	0,037	Crescente
Ilhéus-Itabuna	Y(X)=-12,256+0,006140*X	0,0061	0,672	<0,001	0,0033 a 0,0090	0,018	Crescente
Jacobina	Y(X)=-5,261+0,002639*X	0,0026	0,302	0,052	-0,0001 a 0,0053	0,016	Crescente

Apêndice A - Tendência da mortalidade feminina por agressão nas microrregiões do estado da Bahia, Brasil, 2000 a 2012. (Conclusão)

Microrregião	Modelo^a	β^b	R^{2c}	P-valor^d	IC_{95%}^e	Erro	Tendência
Jequié	$Y(X)=-6,156+0,003084*X$	0,0031	0,345	0,035	0,0003 a 0,0060	0,017	Crescente
Livramento de Brumado	$Y(X)=-5,390+0,002698*X$	0,0027	0,388	0,023	-0,0045 a 0,0063	0,014	Crescente
Porto Seguro	$Y(X)=-18,230+0,009121*X$	0,0091	0,567	0,003	0,0038 a 0,0144	0,032	Crescente
Serrinha	$Y(X)=-6,124+0,003062*X$	0,0031	0,295	0,055	-0,0001 a 0,0062	0,019	Crescente
Santo Antônio de Jesus	$Y(X)=-9,017+0,004508*X$	0,0045	0,584	0,002	0,0020 a 0,0070	0,016	Crescente
Salvador	$Y(X)=-13,222+0,006616*X$	0,0066	0,873	<0,001	0,0049 a 0,0083	0,010	Crescente
Seabra	$Y(X)=-5,390+0,002698*X$	0,0027	0,388	0,023	0,0004 a 0,0049	0,014	Crescente

^a Modelo: Y= taxa de internação; X= ano; ^b Coeficiente de regressão; ^c Coeficiente de determinação; ^d Diferença estatisticamente significativa (p-valor < 0,05); ^e Intervalo de confiança de 95%.

Fonte: MS/SVS/DATASUS/SIM .

Apêndice B - Coeficiente de Mortalidade feminina por agressões, padronizados, das microrregiões do estado da Bahia, Brasil, 2000 a 2012. (Continua).

Microrregião	CMP 2000	CMP 2001	CMP 2002	CMP 2003	CMP 2004	CMP 2005	CMP 2006	CMP 2007	CMP 2008	CMP 2009	CMP 2010	CMP 2011	CMP 2012
Alagoinhas	0,0217	0,0168	0,0512	0,0140	0,0392	0,0385	0,0524	0	0,0408	0,1008	0,0509	0,0774	0,0617
Barra	0,0086	0,0253	0	0	0	0	0,0080	0	0,0097	0,0942	0,0440	0,0143	0
Barreiras	0,0147	0	0	0,0100	0	0,0131	0	0	0	0	0	0,0052	0
Bom Jesus da Lapa	0,0161	0	0	0	0,0137	0,0134	0,0265	0	0,0492	0,1138	0,0137	0,0492	0,0486
Boquira	0	0	0	0	0,0080	0	0,0136	0	0	0	0,0103	0,0223	0,0222
Brumado	0	0	0,0089	0,0089	0,0115	0,0171	0,0349	0,0064	0	0,0696	0,0355	0,0091	0
Catu	0,0258	0,0221	0,0528	0,0350	0,0677	0,0286	0,0083	0,0454	0,0167	0,1720	0,0996	0,1021	0,1409
Cotegipe	0	0,0135	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Entre Rios	0,0196	0,0329	0,0271	0,0133	0,1090	0,0510	0,0215	0,0202	0,0886	0,1987	0,0458	0,0913	0,0631
Euclides da Cunha	0	0,0073	0	0,0218	0,0086	0	0,0141	0,0061	0,0130	0,1079	0,0084	0,0213	0,0430
Feira de Santana	0,0197	0,0314	0,0061	0,0075	0,0149	0,0112	0,0230	0,0105	0,0249	0,2664	0,0502	0,0556	0,0266
Guanambi	0,0151	0,0156	0	0,0064	0,0223	0,0222	0,0307	0,0157	0,0078	0,0438	0,0162	0,0222	0,0441
Ilhéus-Itabuna	0,0284	0,0243	0,0198	0,0418	0,0572	0,0506	0,0732	0,0759	0,0624	0,1243	0,0804	0,0870	0,0748
Irecê	0,0124	0,0057	0,0230	0,0370	0,0207	0,0269	0	0,0147	0,0139	0,1341	0,0367	0,0152	0,0364
Itaberaba	0,0486	0	0,0173	0,0389	0,0344	0,0062	0,0101	0,0069	0,0429	0,0433	0,0151	0,0077	0,0151
Itapetinga	0,0272	0,0111	0,0156	0,0088	0,0214	0,0168	0,0249	0,0327	0,0276	0,1756	0,0753	0,0808	0,0996
Jacobina	0	0,0215	0,0338	0,0145	0,0391	0,0447	0,0158	0,0435	0,0244	0,0757	0,0440	0,0386	0,0335
Jequié	0,0298	0,0206	0,0126	0,0277	0,0157	0,0058	0,0153	0,0157	0,0156	0,0553	0,0622	0,0689	0,0346
Jeremoabo	0,0147	0	0,0143	0	0	0,0357	0,0177	0,0623	0,0721	0,1266	0,0225	0	0,0437
Juazeiro	0,0269	0,0503	0,0357	0,0486	0,0706	0,0629	0,0502	0,0420	0,0541	0,0381	0,0255	0,0428	0,0352
Livramento de Brumado	0	0,0281	0	0	0	0,0248	0,0420	0	0	0,1100	0	0	0
Paulo Afonso	0,0389	0,0372	0,0321	0,0542	0,0366	0,0538	0,0415	0,0694	0,0206	0,1480	0,0667	0,0482	0,0210
Porto Seguro	0,0336	0,0085	0,0299	0,0277	0,0786	0,0263	0,0489	0,0420	0,0869	0,1690	0,1301	0,0833	0,1051
Ribeira do Pombal	0,0497	0	0,0123	0,0199	0	0,0066	0,0323	0,0199	0,0310	0,0495	0,0379	0,0317	0,0218
Salvador	0,0196	0,0238	0,0192	0,0239	0,0237	0,0447	0,0455	0,0518	0,0533	0,0936	0,0807	0,0857	0,0818
Santa Maria Vitória	0,0218	0,0278	0,0144	0,0218	0,0120	0	0,0137	0,0099	0	0,0130	0,0240	0,0451	0,0615
Santo Antônio de Jesus	0,0122	0,0137	0,0027	0,0034	0,0141	0,0239	0,0067	0,0116	0,0312	0,0762	0,0457	0,0387	0,0594
Seabra	0	0,0065	0,0079	0,0197	0,0330	0,0076	0,0076	0,0492	0,0135	0,0417	0,0408	0,0157	0,0408

Apêndice B - Coeficiente de Mortalidade feminina por agressões, padronizados, das microrregiões do estado da Bahia, Brasil, 2000 a 2012. (Conclusão).

Microrregião	CMP 2000	CMP 2001	CMP 2002	CMP 2003	CMP 2004	CMP 2005	CMP 2006	CMP 2007	CMP 2008	CMP 2009	CMP 2010	CMP 2011	CMP 2012
Senhor do Bonfim	0	0	0,0074	0,0180	0	0,0110	0,0136	0	0,0138	0,1313	0,0078	0,0293	0,0143
Serrinha	0,0078	0	0,0051	0,0043	0,0051	0,0102	0,0257	0,0092	0,0268	0,0842	0,0253	0,0138	0,0287
Valença	0,0085	0,0102	0	0,0228	0,0256	0,0336	0,0316	0,0071	0,0410	0,2227	0,0657	0,0313	0,0763
Vitória da Conquista	0,0338	0,0329	0,0405	0,0408	0,0488	0,0356	0,0400	0,0436	0,0474	0,1465	0,0501	0,0706	0,0469

CMP: Coeficiente de Mortalidade Padronizado

Fonte: MS/SVS/DATASUS/SIM.

Apêndice C - Valores numéricos e percentuais dos óbitos por agressões nas microrregiões do estado da Bahia, Brasil, segundo a variável faixa etária, 2000 a 2012

Microrregião	Faixa Etária										TOTAL
	0 a 19		20 a 29		40 a 59		60 e +		Idade ignorada		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alagoinhas	10	12,7	45	57,0	12	15,2	12	15,2	0	0,0	79
Barra	4	33,3	6	50,0	2	16,7	0	0,0	0	0,0	12
Barreiras	0	0,0	2	50,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	4
Bom Jesus da Lapa	6	30,0	11	55,0	3	15,0	0	0,0	0	0,0	20
Boquira	1	12,5	3	37,5	1	12,5	2	25,0	1	12,5	8
Brumado	1	5,9	11	64,7	3	17,6	2	11,8	0	0,0	17
Catu	16	19,5	46	56,1	16	19,5	4	4,9	0	0,0	82
Cotegipe	1	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1
Entre Rios	10	27,0	20	54,1	6	16,2	0	0,0	1	2,7	37
Euclides da Cunha	2	9,1	11	50,0	4	18,2	5	22,7	0	0,0	22
Feira de Santana	33	20,2	75	46,0	37	22,7	16	9,8	2	1,2	163
Guanambi	8	18,2	23	52,3	8	18,2	5	11,4	0	0,0	44
Ihéus-Itabuna	91	23,0	203	51,3	70	17,7	31	7,8	1	0,3	396
Irecê	14	26,9	29	55,8	6	11,5	3	5,8	0	0,0	52
Itaberaba	5	16,7	13	43,3	5	16,7	7	23,3	0	0,0	30
Itapetinga	15	30,6	24	49,0	6	12,2	4	8,2	0	0,0	49
Jacobina	14	25,0	24	42,9	15	26,8	3	5,4	0	0,0	56
Jequié	24	26,4	37	40,7	23	25,3	7	7,7	0	0,0	91
Jeremoabo	3	17,6	12	70,6	2	11,8	0	0,0	0	0,0	17
Juazeiro	21	17,4	73	60,3	22	18,2	5	4,1	0	0,0	121
Livramento de Brumado	2	33,3	2	33,3	2	33,3	0	0,0	0	0,0	6
Paulo Afonso	12	23,5	22	43,1	9	17,6	6	11,8	2	3,9	51
Porto Seguro	60	21,1	151	53,0	55	19,3	15	5,3	4	1,4	285
Ribeira do Pombal	5	11,6	26	60,5	8	18,6	2	4,7	2	4,7	43
Salvador	261	21,5	716	59,0	192	15,8	37	3,1	7	0,6	1213
Santa Maria Vitória	3	13,6	12	54,5	5	22,7	2	9,1	0	0,0	22
Santo Antônio de Jesus	12	15,0	43	53,8	18	22,5	7	8,8	0	0,0	80
Seabra	7	21,2	15	45,5	2	6,1	9	27,3	0	0,0	33
Senhor do Bonfim	3	15,0	9	45,0	4	20,0	4	20,0	0	0,0	20
Serrinha	10	25,6	19	48,7	8	20,5	2	5,1	0	0,0	39
Valença	17	29,3	26	44,8	4	6,9	6	10,3	5	8,6	58
Vitória da Conquista	34	17,8	102	53,4	31	16,2	20	10,5	4	2,1	191
TOTAL	705	-----	1811	-----	581	----	216	-----	29	-----	3342

Fonte: MS/SVS/DATASUS/SIM.

Apêndice D - Valores numéricos e percentuais dos óbitos por femicídio nas microrregiões do estado da Bahia, Brasil, segundo a variável raça/cor da pele, 2000 a 2012.

Microrregião	Cor da Pele						TOTAL
	Não negra		Negra		Cor/raça Ignorada		
	n	%	n	%	n	%	
Alagoinhas	13	16,5	56	70,9	10	12,7	79
Barra	1	8,3	10	83,3	1	8,3	12
Barreiras	0	0	4	100	0	0	4
Bom Jesus da Lapa	5	25,0	13	65,0	2	10,0	20
Boquira	1	12,5	5	62,5	2	25,0	8
Brumado	4	23,5	12	70,6	1	5,9	17
Catu	3	3,7	71	86,6	8	9,8	82
Cotegipe	0	0	0	0	1	100	1
Entre Rios	1	2,7	29	78,4	7	18,9	37
Euclides da Cunha	5	22,7	17	77,3	0	0	22
Feira de Santana	11	6,7	123	75,5	29	17,8	163
Guanambi	10	22,7	24	54,5	10	22,7	44
Ilhéus-Itabuna	15	3,8	330	83,3	51	12,9	396
Irecê	12	23,1	36	69,2	4	7,7	52
Itaberaba	3	10,0	20	66,7	7	23,3	30
Itapetinga	5	10,2	41	83,7	3	6,1	49
Jacobina	13	23,2	39	69,6	4	7,1	56
Jequié	10	11,0	48	52,7	33	36,3	91
Jeremoabo	2	11,8	14	82,4	1	5,9	17
Juazeiro	24	19,8	91	75,2	6	5,0	121
Livramento de Brumado	4	66,7	1	16,7	1	16,7	6
Paulo Afonso	12	23,5	37	72,5	2	3,9	51
Porto Seguro	38	13,3	235	82,5	12	4,2	285
Ribeira do Pombal	3	7,0	33	76,7	7	16,3	43
Salvador	84	6,9	1069	88,1	60	4,9	1213
Santa Maria Vitória	2	9,1	17	77,3	3	13,6	22
Santo Antônio de Jesus	10	12,5	65	81,3	5	6,3	80
Seabra	6	18,2	24	72,7	3	9,1	33
Senhor do Bonfim	1	5,0	19	95,0	0	0	20
Serrinha	4	10,3	34	87,2	1	2,6	39
Valença	5	8,6	51	87,9	2	3,4	58
Vitória da Conquista	22	11,5	142	74,3	27	14,1	191
Total	315	-----	2710	----	303	-----	3342

Fonte: MS/SVS/DATASUS/SIM.

Apêndice E- Valores numéricos e percentuais da mortalidade feminina por agressões nas microrregiões do estado da Bahia, Brasil, segundo a escolaridade das vítimas, 2000 a 2012.

Microrregião	Escolaridade						TOTAL
	< 8 anos de estudo		> 8 anos de estudo		Ignorada		
	n	%	n	%	n	%	
Alagoinhas	55	69,6	9	11,4	15	19,0	79
Barra	8	66,7	1	8,3	3	25,0	12
Barreiras	3	75,0	0	0	1	25,0	4
Bom Jesus da Lapa	13	65,0	1	5,0	6	30,0	20
Boquira	6	75,0	0	0	2	25,0	8
Brumado	12	70,6	1	5,9	4	23,5	17
Catu	48	58,5	21	25,6	13	15,9	82
Cotegipe	1	100	0	0	0	0,0	1
Entre Rios	25	67,6	3	8,1	9	24,3	37
Euclides da Cunha	10	45,5	0	0	12	54,5	22
Feira de Santana	59	36,2	20	12,3	84	51,5	163
Guanambi	23	52,3	9	20,5	12	27,3	44
Ilhéus-Itabuna	244	61,6	38	9,6	114	28,8	396
Irecê	17	32,7	11	21,2	24	46,2	52
Itaberaba	10	33,3	2	6,7	18	60,0	30
Itapetinga	31	63,3	2	4,1	16	32,7	49
Jacobina	41	73,2	3	5,4	12	21,4	56
Jequié	29	31,9	5	5,5	57	62,6	91
Jeremoabo	11	64,7	2	11,8	4	23,5	17
Juazeiro	89	73,6	12	9,9	20	16,5	121
Livramento de Brumado	1	16,7	0	0	5	83,3	6
Paulo Afonso	35	68,6	7	13,7	9	17,6	51
Porto Seguro	140	49,1	37	13,0	108	37,9	285
Ribeira do Pombal	28	65,1	2	4,7	13	30,2	43
Salvador	855	70,5	312	25,7	46	3,8	1213
Santa Maria Vitória	16	72,7	1	4,5	5	22,7	22
Santo Antônio de Jesus	43	53,8	13	16,3	24	30,0	80
Seabra	9	27,3	4	12,1	20	60,6	33
Senhor do Bonfim	14	70,0	0	0	6	30,0	20
Serrinha	11	28,2	3	7,7	25	64,1	39
Valença	25	43,1	10	17,2	23	39,7	58
Vitória da Conquista	104	54,5	18	9,4	69	36,1	191
Total	2016	-----	547	-----	779	-----	3342

Fonte: MS/SVS/DATASUS/SIM.

Apêndice F - Valores numéricos e percentuais dos óbitos femininos por agressões nas microrregiões do estado da Bahia, Brasil, segundo a variável local de ocorrência do óbito, 2000 a 2012.

Microrregião	Local de ocorrência do óbito por agressão										TOTAL
	HES		Domicílio		Via Pública		Outros		Ignorado		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alagoinhas	16	20,3	34	43,0	15	19,0	13	16,5	1	1,3	79
Barra	4	33,3	4	33,3	4	33,3	0	0,0	0	0	12
Barreiras	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	4
Bom Jesus da Lapa	4	20,0	5	25,0	5	25,0	6	30,0	0	0	20
Boquira	2	25,0	2	25,0	1	12,5	1	12,5	2	25,0	8
Brumado	2	11,8	6	35,3	3	17,6	4	23,5	2	11,8	17
Catu	12	14,6	28	34,1	24	29,3	17	20,7	1	1,2	82
Cotegipe	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1
Entre Rios	5	13,5	13	35,1	8	21,6	10	27,0	1	2,7	37
Euclides da Cunha	1	4,5	12	54,5	2	9,1	6	27,3	1	4,6	22
Feira de Santana	54	33,1	46	28,2	36	22,1	24	14,7	3	1,8	163
Guanambi	13	29,5	18	40,9	8	18,2	4	9,1	1	2,3	44
Ihéus-Itabuna	65	16,4	130	32,8	100	25,3	96	24,2	5	1,3	396
Irecê	6	11,5	15	28,8	21	40,4	10	19,2	0	0,0	52
Itaberaba	5	16,7	14	46,7	5	16,7	6	20,0	0	0,0	30
Itapetinga	7	14,3	21	42,9	14	28,6	6	12,2	1	2,0	49
Jacobina	10	17,9	21	37,5	13	23,2	9	16,1	3	5,4	56
Jequié	18	19,8	44	48,4	19	20,9	9	9,9	1	1,1	91
Jeremoabo	3	17,6	5	29,4	4	23,5	5	29,4	0	0,0	17
Juazeiro	34	28,1	40	33,1	33	27,3	12	9,9	2	1,6	121
Livramento de Brumado	0	0,0	4	66,7	1	16,7	1	16,7	0	0,0	6
Paulo Afonso	5	9,8	21	41,2	11	21,6	12	23,5	2	3,9	51
Porto Seguro	43	15,1	89	31,2	94	33,0	50	17,5	9	3,2	285
Ribeira do Pombal	10	23,3	16	37,2	5	11,6	12	27,9	0	0,0	43
Salvador	473	39,0	198	16,3	416	34,3	122	10,1	4	0,3	1213
Santa Maria Vitória	8	36,4	7	31,8	2	9,1	3	13,6	2	9,1	22
Santo Antônio de Jesus	11	13,8	26	32,5	30	37,5	13	16,3	0	0,0	80
Seabra	3	9,1	14	42,4	6	18,2	7	21,2	3	9,1	33
Senhor do Bonfim	4	20,0	9	45,0	4	20,0	3	15,0	0	0,0	20
Serrinha	10	25,6	13	33,3	5	12,8	11	28,2	0	0,0	39
Valença	8	13,8	21	36,2	19	32,8	7	12,1	3	5,2	58
Vitória da Conquista	40	20,9	69	36,1	46	24,1	33	17,3	3	1,6	191
TOTAL	881	-----	945	-----	954	-----	512	-----	50	-----	3342

HES: Hospital e estabelecimentos de saúde.

Fonte: MS/SVS/DATASUS/SIM.