



Tendência temporal da mortalidade por homicídio de mulheres em região brasileira

Temporal trend of the homicide rate of Brazilian women

Karina Cardoso Meira¹, Micaela Alves Rocha da Costa¹, Ana Carolina da Costa Honório², Taynãna César Simões³, Marcelo de Paula Camargo¹, Glauber Weder dos Santos Silva¹

Objetivo: analisar a tendência temporal das taxas de mortalidade por homicídio em mulheres, nos estados da Região Nordeste do Brasil. **Métodos:** estudo ecológico de tendência temporal. Os dados foram os 25.332 óbitos por feminicídio registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade. Realizou-se análise de tendência temporal, por meio da regressão binomial negativa. **Resultados:** após as etapas de correções, houve aumento de cerca de 17,0% óbitos, correspondendo à taxa média padronizada de 4,7/100.000 mulheres. Observaram-se maiores taxas de mortalidade em mulheres nas segunda e terceira décadas de vida. Maiores taxas médias por 100.000 mulheres foram observadas nos estados de Pernambuco (8,25) e Alagoas (6,32). Evidenciou-se aumento das taxas de mortalidade em todos os estados da região analisada, no período verificado, com exceção de Sergipe. **Conclusão:** evidenciaram-se alta magnitude das taxas de feminicídio e tendência ascendente na maioria dos estados da Região Nordeste do Brasil.

Descritores: Homicídio; Mulheres; Violência de Gênero; Mortalidade; Estudos Ecológicos.

Objective: to analyze the temporal trend of the homicide rate of women in the states of Northeastern Brazil. **Methods:** ecological study of temporal trend. Data were the 25,332 femicide deaths recorded in the Mortality Information System. A temporal trend analysis was performed using negative binomial regression. **Results:** after the correction steps, there was an increase of approximately 17.0% in deaths, corresponding to the standardized average rate of 4.7/100,000 women. There were higher mortality rates in women in the second and third decades of life. Higher average rates per 100,000 women were observed in the states of Pernambuco (8.25) and Alagoas (6.32). An increase in mortality rates in all the states of the analyzed region, in the period verified was evidenced, with the exception of Sergipe. **Conclusion:** a high magnitude of femicide rates and ascendant trends were observed in most states in the Northeast Region of Brazil.

Descriptors: Homicide; Women; Gender-Based Violence; Mortality; Ecological Studies.

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil.

²Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência Social da Prefeitura do Natal. Natal, RN, Brasil.

³Instituto de Pesquisa René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Autor correspondente: Karina Cardoso Meira
Avenida Senador Salgado Filho, 2990, Apto. 804, Candelária. CEP: 59075-000. Natal, RN, Brasil. E-mail: ninameira87@gmail.com

Introdução

A agressão contra mulheres tem no homicídio a expressão máxima da violência de gênero, sendo denominada de feminicídio. Neste contexto, a América Latina representa a região com as maiores taxas de feminicídios do mundo, sendo inferiores apenas dos números da África Subsaariana. Os coeficientes mais altos são observados no Brasil e na Colômbia, e os menores, no Chile e México. Ademais, no período de 2001 a 2011, verificou-se tendência ascendente no Brasil e México, estacionária no Chile e descendente na Argentina e Colômbia. No Brasil, este aumento correspondeu a 3,4% ao ano⁽¹⁾.

Estima-se que, no Brasil, uma em cada cinco mulheres tenha sido vítima de violência doméstica⁽²⁾. Acrescente-se que, na última década, foram assassinadas 43,5 mil mulheres, razão pela qual o país ocupa a quinta posição mundial em número de homicídios femininos, com taxa de 4,5 para cada 100 mil mulheres^(1,3-7). Devido a esta demanda, o Estado brasileiro, na última década, desenvolveu ações com vistas a combater a violência contra mulheres. Nesta perspectiva, destacam-se a Lei 11.340 de 2006, conhecida como Maria da Penha, que criou mecanismos para coibir a violência contra a mulher, e a Lei 13.104 de 2015, que qualifica o feminicídio como crime hediondo, prevenindo penas mais severas.

Embora exista o aparato legal para reprimir esse tipo de violência, há lacuna entre a legislação e a prática, desde a invisibilidade que atravessa a violência contra mulheres até a dificuldade de articular uma rede de cuidados resolutiva no combate a esta violência^(1,8). Nesta direção, estudo que comparou a mortalidade por homicídio em mulheres com e sem notificação prévia de violência evidenciou que 15,0% das mulheres que morreram por feminicídio no Brasil, no período de 2011 a 2015, tinham notificado a violência doméstica, sinalizando limitações e fragilidades da rede de assistência e atenção às mulheres⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Nesse sentido, os profissionais de saúde, em especial profissionais de enfermagem, muitas vezes,

constituem o primeiro contato terapêutico de mulheres vítimas de violência doméstica, podendo prestar-lhes assistência qualificada e integral. Ademais, a notificação da violência contra mulheres é um dos atributos desses profissionais e contribui, diretamente, para o acesso à rede de proteção, assim como da qualidade da informação nos sistemas de informações, os quais fornecem dados necessários para planejamento de ações e prevenção do feminicídio.

Assim, por compreender que o feminicídio também constitui um problema de saúde pública no Brasil⁽¹¹⁻¹²⁾, com aumento do risco de morte por esta causa em mulheres residentes na região Nordeste do Brasil, nos quinze primeiros anos do século XXI⁽¹¹⁾, este estudo objetivou analisar a tendência temporal das taxas de mortalidade por homicídio em mulheres, nos estados da Região Nordeste do Brasil.

Métodos

Estudo ecológico de tendência temporal, cuja população de estudo foi composta por óbitos de mulheres por feminicídios, nos estados da Região Nordeste do Brasil, no período de 1980 a 2014. Os dados oficiais de mortalidade por homicídio foram obtidos pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde do Brasil, cujos mais recentes são do ano de 2016. Porém, escolheu-se trabalhar com taxas de mortalidade nos mesmos tamanhos, médias quinquenais, para evitar a ocorrência de um novo problema de identificabilidade, decorrente de padrões cíclicos artificiais, quando se utilizam períodos e faixas etárias de tamanhos distintos na estimação. Por este motivo, os dados trabalhados corresponderam ao período supracitado.

Os registros de óbitos referentes à agressão (homicídios) foram os códigos E960 a E969 e os X85 a Y09, respectivamente, na Nona e Décima Classificação Internacional das Doenças (CID-9 e CID-10). A idade do óbito foi agrupada em quatro faixas etárias: 10 a 19, 20 a 39, 40 a 59 e 60 e mais anos.

Ao considerar a alta proporção de registros de

homicídios classificados como evento cuja intenção é indeterminada (homicídios ocultos), realizou-se a correção dos óbitos para cada um dos estados da Região Nordeste, conforme metodologia proposta⁽¹²⁾.

Realizou-se a correção dos óbitos devido aos homicídios, por meio da redistribuição proporcional, segundo ano, faixa etária e estado, em três etapas⁽¹³⁾: (1) calculou-se a proporção dos óbitos por agressão em relação ao total de óbitos por causas externas acidentais e intencionais (autoinfligida, agressão e intervenção legal); (2) o valor obtido na etapa anterior foi multiplicado pelo total de óbitos classificados como eventos cuja intenção é indeterminada; (3) o resultado da segunda etapa foi adicionado ao total de óbitos por homicídios, conforme registrado pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade⁽¹³⁾, representando o registro de óbito por agressão corrigido.

Corrigidos os registros de óbitos, calcularam-se taxas de mortalidade, obtendo-se os dados populacionais junto ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, baseados no Censo populacional dos anos de 1980, 1991, 2000 e 2010, sabendo-se que as projeções intercensitárias para populações para primeiro de julho dos anos intercensitários foram as estimadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Com propósito de controlar o efeito da estrutura etária, a qual é diferente entre as regiões estudadas, optou-se por padronizar as taxas de mortalidade médias e anuais pelo método direto, utilizando-se como população padrão a população feminina do Censo de 2010⁽¹¹⁾. Em seguida, foi realizada a análise exploratória de tendência temporal das taxas de mortalidade por homicídios corrigidas, por meio de gráficos de linhas dos coeficientes de mortalidade padronizados, segundo ano e estado, após suavização da série histórica por médias móveis trienais. Destaca-se que as taxas foram calculadas por 100.000 mulheres.

Para análises descritivas, avaliou-se a proporção de óbitos no período de 1980 a 1995 (CID-9) e 1996 a 2014 (CID-10), em relação às variáveis: meio pelo qual o homicídio foi perpetrado e local de ocorrência do óbito, e raça/cor para o período de 1996 a

2014, pois antes deste período, esta informação não constava na declaração de óbito. Para avaliar a presença de diferenças estatisticamente significativas entre as categorias das variáveis em análise, utilizou-se o teste qui-quadrado ao nível de 5,0% ($p \leq 0,05$).

A análise de tendência temporal foi realizada em duas etapas: inicialmente, realizou-se a análise exploratória, por meio da função de autocorrelação e do teste de Durbin-Watson para avaliar a autocorrelação da série histórica. Confirmada a dependência temporal dos dados, analisou-se a tendência temporal, por meio da regressão binomial negativa, pois os dados mostraram superdispersão (variância maior que a média) e, assim, a regressão de Poisson não mostrou ser o método mais adequado, mesmo a variável resposta correspondendo aos dados provenientes de contagem⁽¹³⁾.

Destaca-se que o número de óbitos esperados para cada ano representou a variável dependente; e o ano calendário centralizado, a variável independente. Nesta análise, decidiu-se por estimar modelos de regressão ponderados, proporcionais ao tamanho populacional, adicionando parâmetro conhecido como offset que se consistiu no logaritmo da população de cada localidade^(11,13), dada pela seguinte equação:

$$y_i \sim \text{Binomial Negativa}(\mu_i, \theta)$$

$$\log \log(\mu_i) = \log \log(N_i) + \beta_0 + \beta_1(t-E(t)) + \epsilon_i$$

$$\epsilon_i \sim \text{Gamma}(\theta, \theta)$$

Onde μ representa a média da variável resposta por ano (número de óbitos) na localidade i , θ o parâmetro de dispersão, β_0 o intercepto, β_1 a variável tempo centralizada, $(t-E(t))$ a variável tempo menos a média do tempo e ϵ_i o erro aleatória com distribuição gama. Realizaram-se as análises utilizando o pacote estatístico MASS, no software R, versão 3.1.0, considerando-se estatisticamente significativos valores de $p \leq 0,05$ ⁽¹³⁾.

A tendência foi classificada em estacionária, decrescente ou ascendente, de acordo com o valor do Risco Relativo, calculado através da exponenciação do coeficiente da regressão ($e^{\beta_1(t-E(t))}$) e respectivo Intervalo de Confiança de 95% (IC95%). As séries são clas-

sificadas estacionárias, descendentes e ascendentes pela avaliação do Risco Relativo e respectivo IC95%, a saber: estacionária, quando o IC95% contiver o valor 1; descendentes, quando o Risco Relativo e IC95% contiverem valores menores que 1; e ascendentes, quando o Risco Relativo e o IC95% apresentarem valores acima de 1^(11,13).

Resultados

No período estudado, verificou-se total de 25.332 óbitos por feminicídios, correspondendo à taxa média padronizada de 3,99 óbitos por 100.000 mulheres. Após as etapas de correções, houve aumento de cerca de 29.644 (17,0%), representando a taxa média padronizada de 4,7 óbitos por 100.000 mulheres. Os estados da Região Nordeste do Brasil que apresentaram maior percentual de aumento nas taxas de mortalidade média após as correções foram: Ceará (135,0%), Alagoas (67,4%) e Sergipe (38,5%).

As maiores taxas médias de mortalidade, por 100.000 mulheres, foram verificadas nos estados de Pernambuco (8,25) e Alagoas (6,32), e a menor, no Piauí (2,25). Destaca-se que, no início da série histórica, as maiores taxas corrigidas de homicídios em mulheres foram observadas nos estados de Pernambuco, Alagoas e Ceará. No entanto, houve mudança na evolução temporal da mortalidade por esse grupo no início dos anos 2000, visto que ocorreu redução importante nas taxas de mortalidade no estado de Pernambuco, e no final da série, o estado de Alagoas assume o primeiro lugar nas taxas de mortalidade por homicídios. Nos demais estados que apresentaram menor magnitude da mortalidade por homicídios, verificou-se aumento a partir dos anos 2000.

Nos dois períodos em análise, o principal meio pelo qual o homicídio foi perpetrado foi a arma de fogo, sendo esta diferença estatisticamente significativa ao nível de 5,0%. Ainda, aponta-se o aumento na proporção de óbitos por esse meio, quando se comparam os períodos de 1980-1995 e 1996 a 2014. Em relação ao local de ocorrência, no primeiro período

em análise, não verificou-se diferença estatisticamente significativa entre os óbitos ocorridos em via pública e as demais localidades ($p=0,100$). No entanto, no período seguinte, houve aumento dos feminicídios em via pública comparado aos outros locais (33,3%, $p=0,030$). Neste contexto, evidencia-se a alta proporção de óbitos que ocorreram em mulheres da raça/cor preta/parda, no período de 1996 a 2014 (Tabela 1).

Tabela 1 – Proporção de óbitos, segundo meio pelo qual o homicídio foi perpetrado, local de ocorrência e raça/cor

Variáveis	Período (%)		Período (%)	
	1980 a 1995	p*	1996 a 2014	p*
Meio perpetrado		<0,001		0,001
Arma de Fogo	43,1		56,7	
Objeto contundente e penetrante	35,5		31,2	
Enforcamento ou estrangulamento	2,7		3,9	
Outros	18,6		8,2	
Total	100,0		100,0	
Local de ocorrência		0,100		0,030
Domicílio	28,3		26,9	
Via pública	24,9		33,4	
Hospital	27,1		26,3	
Outros	19,7		13,4	
Total	100,0		100,0	
Raça/cor [†]		-		0,001
Branca	-		15,8	
Preta/Parda	-		83,7	
Amarela	-		0,3	
Indígena	-		0,3	
Total	-		100,0	

*Teste Qui-Quadrado; †Não se calculou o valor de p para esta variável, pois, no período de 1980 a 1995, esses dados não constavam na declaração de óbito

A série histórica da mortalidade por homicídios em mulheres, nos estados da Região Nordeste do Brasil, apresentou tendência ascendente, com exceção do estado de Sergipe que apresentou estacionaridade (RR=1,002; IC95% 0,98-1,01). Em relação à evolução temporal dos coeficientes de mortalidade, segundo

faixa etária, destacam-se os estados da Bahia, Ceará e Maranhão, com ascendência em todos os grupos etários, e o estado de Sergipe, com tendência estacionária em todas as faixas etárias (Tabela 2).

Tabela 2 – Tendência da taxa de mortalidade (por 100 mil mulheres) por homicídios, segundo faixa etária e estados, após correção, 1980 a 2014

Localidade	Faixa etária (anos)	Risco Relativo (IC95%)	Tendência
Alagoas	10 a 19	1,04(1,03-1,05)	Ascendente
	20 a 39	1,02 (1,01-1,03)	Ascendente
	40 a 59	1,03 (1,01-1,07)	Ascendente
	≥ 60	0,99 (0,98-1,01)	Estacionária
Ceará	10 a 19	1,02 (1,01-1,04)	Ascendente
	20 a 39	1,03 (1,01-1,04)	Ascendente
	40 a 59	1,02 (1,03-1,05)	Ascendente
	≥ 60	1,02 (1,01-1,04)	Ascendente
Paraíba	10 a 19	1,02 (1,01-1,07)	Ascendente
	20 a 39	1,03 (1,01-1,04)	Ascendente
	40 a 59	1,01 (0,99-1,01)	Estacionária
	≥ 60	1,01 (0,98-1,05)	Estacionária
Piauí	10 a 19	1,07 (1,05-1,09)	Ascendente
	20 a 39	1,04 (1,02-1,06)	Ascendente
	40 a 59	1,01 (1,02 -1,04)	Ascendente
	≥ 60	0,99 (0,97-1,02)	Estacionária
Sergipe	10 a 19	1,01 (0,99-1,02)	Estacionária
	20 a 39	1,01 (0,97-1,01)	Estacionária
	40 a 59	0,99 (0,97-1,01)	Estacionária
	≥ 60	1,01 (0,99-1,03)	Estacionária
Bahia	10 a 19	1,07 (1,06-1,08)	Ascendente
	20 a 39	1,05 (1,04-1,06)	Ascendente
	40 a 59	1,02 (1,03-1,06)	Ascendente
	≥ 60	1,04 (1,03-1,06)	Ascendente
Maranhão	10 a 19	1,06 (1,05-1,07)	Ascendente
	20 a 39	1,03 (1,02-1,04)	Ascendente
	40 a 59	1,04 (1,02-1,05)	Ascendente
	≥ 60	1,02 (1,01-1,04)	Ascendente
Pernambuco	10 a 19	1,02 (1,01-1,10)	Ascendente
	20 a 39	1,02 (0,99-1,03)	Estacionária
	40 a 59	0,95 (0,94-0,98)	Descendente
	≥ 60	0,98 (0,97-1,01)	Estacionária
Rio Grande do Norte	10 a 19	1,05 (1,02-1,07)	Ascendente
	20 a 39	1,03 (1,01-1,04)	Ascendente
	40 a 59	1,02(1,01-1,03)	Ascendente
	≥ 60	1,01 (0,98-1,03)	Estacionária
Nordeste	10 a 19	0,97 (0,96-0,98)	Descendente
	20 a 39	0,96 (0,94-0,99)	Descendente
	40 a 59	0,93 (0,92-0,98)	Descendente
	≥ 60	1,01(1,003-1,07)	Ascendente

IC: Intervalo de confiança

Discussão

O estudo apresenta limitações, uma destas refere-se ao desenho ecológico, o qual não permite testar hipótese em relação ao objeto de estudo, por tratar-se de dados agregados, ou seja, a relação entre o fator de exposição e o evento pode não estar ocorrendo em nível do indivíduo. Desta forma, uma associação entre uma exposição e evento ao nível da população não permite afirmar que aquela está mais presente naqueles que vivenciam o feminicídio. Ademais, deve-se considerar com cautela a qualidade das informações dos sistemas de informações. No entanto, estas permitem analisar o comportamento da mortalidade por homicídios em mulheres e, assim, subsidiar a avaliação e o planejamento em saúde e Segurança Pública, no que tange à assistência às mulheres em situação de violência após implantação da Lei Maria da Penha.

Outro contrapondo do presente estudo refere-se à qualidade dos registros de óbito por homicídios no SIM/DATASUS, devido à grande proporção de óbitos classificados como evento cuja intenção é indeterminada (homicídios ocultos). Neste sentido, esta pesquisa buscou minimizar este problema, aplicando a técnica de correção⁽¹²⁾, produzindo taxas de mortalidade por homicídios mais fidedignas.

Neste estudo, as maiores taxas médias de mortalidade foram encontradas nos estados de Pernambuco e Alagoas. Resultado semelhante vem sendo apresentado para mortalidade por homicídios no sexo masculino, na Região Nordeste do Brasil, no processo denominado interiorização da violência. Deste modo, advoga-se que a violência de gênero é mais incidente em localidades nas quais há alta incidência de violência interpessoal e em que se perpetua a política do extermínio, em regiões em que se observam territórios de não Estado Democrático de Direito⁽¹⁴⁾.

Ainda, verificaram-se as maiores taxas de mortalidade nas segunda e terceira décadas da vida. Além disso, foram as faixas etárias mais jovens que apresentaram crescimento estatisticamente significativo da mortalidade, como se observou em outras investi-

gações^(8,11). Os óbitos que ocorrem nessa fase do ciclo vital promovem grande impacto socioeconômico, com grande perda de anos potenciais de vida, com intenso sofrimento físico e psicológico para familiares de vítimas.

Sabe-se que os fatores associados à mortalidade em mulheres e homens são diferenciados, sendo o feminicídio a maior expressão da violência de gênero. No entanto, os assassinatos nos dois gêneros têm o heteropatriarcado como pano de fundo, pois associa o ser homem à virilidade, ao uso da força e heteronormatividade, e ao privilégio de exercer atos violentos, como expressão de virilidade⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Assim, nas localidades em que há altas taxas de homicídios em homens, também se observa grande prevalência de violência doméstica e incidência do feminicídio^(8,11).

Os resultados do presente estudo apontam aumento progressivo da taxa de mortalidade por homicídios em mulheres a partir da década de 1990, nos estados da Região Nordeste do Brasil, apresentando taxa média de 5,37 óbitos por 100.000 mulheres. A magnitude da mortalidade é inferior apenas a países como El Salvador (8,9), Colômbia (6,3), Guatemala (6,2), os três países que mais matam mulheres por questões de gênero⁽¹⁴⁾. Destaca-se, ainda, que a taxa de mortalidade média identificada no estado de Pernambuco foi semelhante ao índice de mortalidade média da Guatemala, país que mais mata mulheres no mundo, apontando para gravidade do feminicídio na Região Nordeste do Brasil e a urgência de medidas de prevenção e controle desse problema que atinge todos os âmbitos da vida e de classes sociais.

Neste trabalho e em outras investigações, verificou-se maior proporção dos óbitos em mulheres da raça/cor preta e parda, tendo como principais locais de ocorrência o domicílio e a via pública, com aumento importante da prevalência de óbitos que ocorrem na via pública. Em relação ao meio pelo qual a agressão foi perpetrada, destacam-se a arma de fogo e os objetos perfurantes ou penetrantes^(8,11,17-18).

É importante sinalizar que no que tange ao fe-

minicídio, segundo o recorte racial, no Brasil, em todas as regiões, observou-se redução da mortalidade por homicídios em mulheres brancas. Inversamente, em mulheres pretas/pardas, evidenciou-se tendência ascendente na mortalidade por essa causa⁽¹⁴⁾. Tal realidade talvez possa ser explicada pelo fato de as mulheres pretas e pardas residirem em maior proporção em localidades com grande vulnerabilidade social e desproteção do Estado, condição que amplia a violência estrutural e com ela a de gênero. Estas são regiões de alta vulnerabilidade social, com forte presença do crime organizado e narcotráfico e ausência do Estado, ampliando a violência estrutural e, assim, a violência doméstica^(2,5,14,17).

Nesse contexto, merece atenção o aumento da proporção de óbitos que aconteceram em via pública em todas as regiões brasileiras⁽¹¹⁾, acredita-se que muitos parceiros ou ex-parceiros, por conhecerem a rotina das vítimas, podem perpetrar a agressão na saída de casa, trabalho ou da escola e, assim, muitas mulheres podem estar finalizando relações abusivas, usando as prerrogativas da Lei Maria da Penha. No entanto, não têm recebido proteção necessária do Estado para evitar mortes^(8,10-11,17-18).

Ao corroborar com a hipótese supracitada, a literatura e o presente estudo demonstram que não houve redução nas taxas de feminicídio nas regiões brasileiras após vigência da Lei Maria da Penha. O período de 2001 a 2011 mostrou redução na mortalidade no Brasil apenas em 2007⁽¹⁷⁾. E, após este ano, no Brasil, as taxas de mortalidade por essa causa mostraram tendência ascendente, o que foi confirmado por outras pesquisas em todas as regiões geográficas brasileiras^(8,11,14,18), com exceção da Região Sudeste, que mostrou tendência estacionária no período de 1980 a 2014⁽¹¹⁾.

Assim, é necessário intensificar o quantitativo de casas de abrigo e delegacias de atendimento à mulher, tendo em vista que em 2012 o Brasil contava apenas com 348 desses pontos de atenção: 220 Centros de Referência de Atendimento à Mulher, 122 Núcle-

os de Atendimentos em Delegacias comuns e apenas 72 casas de abrigo para mais de 5.000 municípios⁽¹⁸⁾. Ademais, é importante capacitar profissionais de saúde, que têm ofertado cuidados alicerçados em papéis tradicionais de gênero e assistência, focados nos sintomas físicos⁽¹⁹⁾, além do judiciário e dos agentes policiais, para melhor acolhimento de vítimas, bem como cumprir as medidas de proteção e punição previstas pela Lei Maria da Penha. Além da ampla discussão sobre as desigualdades de gênero em nossa sociedade, sobretudo no ambiente escolar, desde a pré-escola até o ambiente universitário.

Conclusão

O presente estudo buscou analisar as taxas de mortalidade por feminicídio, nos estados da Região Nordeste do Brasil. Logo, constatou-se alta magnitude e tendência temporal ascendente da mortalidade por esse grupo de causa, nos estados da Região Nordeste do Brasil. O cenário exposto reforça a importância desse agravo à saúde como problema de Saúde Pública nesta região.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo fomento a esta pesquisa, Código de financiamento: 001. À Universidade Federal do Rio Grande do Norte, pelas bolsas de Iniciação Científica.

Colaborações

Meira KC, Costa MAR, Honório ACC, Simões TC e Camargo MP contribuíram com concepção do projeto, análise e interpretação dados, redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. Silva GWS colaborou com análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Molinatti F, Acosta LD. Tendencias de la mortalidad por agresiones en mujeres de países seleccionados de América Latina, 2001–2011. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2015 [cited Jan. 15, 2019];37(4/5):279-86. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/8043>
2. Meneghel SN, Rosa BAR, Cecon RF, Hirakata VN, Danilevicz IM. Femicides: a study in Brazilian state capital cities and large municipalities. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017; 22(9):2963-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.22732015>
3. Costa MC, Lopes MJM, Soares JSF. Violence against rural women: gender and health actions. *Esc Anna Nery*. 2015; 19(1):162-8. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150022>
4. Sorrentino R, Friedman SH, Hall R. Gender considerations in violence. *Psychiatr Clin North Am*. 2016; 39(4):701-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2016.07.002>
5. Martins-Filho PRS, Mendes MLT, Reinheimer DM, Nascimento-Júnior EM, Vaez AC, Santos VS, et al. Femicide trends in Brazil: relationship between public interest and mortality rates. *Arch Womens Ment Health*. 2018; 21(5):579-82. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-018-0842-1>
6. Madureira AB, Raimondo ML, Ferraz MIR, Marcovicz GV, Labronic LM, Mantovani MF. Profile of men who commit violence against women who are arrested in delicto flagrante: contributions to confronting the phenomenon. *Esc Anna Nery*. 2014; 18(4):600-6. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140085>
7. Borges LM, Lodetti MB, Girardi JF. Spousal homicide: what do criminal cases say. *Psicol Argumento*. 2014; 32(79):197-208. doi: <http://dx.doi.org/10.7213/psicol..argum.32.s02.AO18>
8. Meneghel SN, Portella AP. Femicides: concepts, types and scenarios. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017; 22(9):3077-86. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.11412017>
9. Albarran J. Referentes conceptuales sobre femicidio/feminicidio: su incorporación en la normativa jurídica Venezolana. *Comunidad Salud* [Internet]. 2015 [citado 2018 Nov. 24];13(2):1690-329. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375743552010>

10. Barufaldi LA, Souto RMCV, Correia RSB, Montenegro MMS, Pinto IV, Silva MMA, et al. Gender violence: a comparison of mortality from aggression against women who have and have not previously reported violence. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017; 22(9):2929-38. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.12712017>
11. Souza ER, Meira KC, Ribeiro AP, Santos J, Guimarães RM, Borges LF, et al. Homicides among women in the different Brazilian regions in the last 35 years: an analysis of age-period-birth cohort effects. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017; 22(9):2949-62. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.12392017>
12. Garcia LP, Freitas LRS, Silva GDM, Hofelmann DA. Estimativas corrigidas de feminicídios no Brasil, 2009 a 2011. *Rev Panam Salud Pública [Internet]*. 2015 [cited 2018 Nov. 24];37(4/5):251-7. Available from: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n4-5/251-257/pt>
13. Antunes JLF, Cardoso MRA. Using time series analysis in epidemiological studies. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015; 24(3):565-76. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000300024>
14. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil. Brasília: Flacso; 2015.
15. Peroya E, Reynolds SA. Women's police stations and intimate partner violence: evidence from Brazil. *Soc Sci Med*. 2017; 174(1):188-96. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.12.008>
16. Bando DH, Lester D. An ecological study on suicide and homicide in Brazil. *Cienc Saúde Coletiva*. 2014; 19(4):1179-89. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.00472013>
17. Meneghel SN, Margarites AF. Feminicide in Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil: gender inequities in dying. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33(12):e00168516. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00168516>
18. Garcia LP, Freitas LRS, Hofelmann DA. Impact of Maria da Penha Law on female mortality due to aggression in Brazil, 2001-2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013; 22(3):383-94. doi: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742013000300003>
19. Cortes LF, Arboit J, Padoin SMM, Paula CC. Evidence of health care offered to women in situations of violence. *Rev Rene*. 2015; 16(6):1006-15. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000600019>