

2179

TEXTO PARA DISCUSSÃO

**MORTALIDADE DE MULHERES
POR AGRESSÕES NO BRASIL:
PERFIL E ESTIMATIVAS CORRIGIDAS
(2011-2013)**

**Leila Posenato Garcia
Gabriela Drummond Marques da Silva**



MORTALIDADE DE MULHERES POR AGRESSÕES NO BRASIL: PERFIL E ESTIMATIVAS CORRIGIDAS (2011-2013)

Leila Posenato Garcia¹

Gabriela Drummond Marques da Silva²

1. Técnica de planejamento e pesquisa na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc) do Ipea.

2. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB).

Governo Federal

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
Ministro Valdir Moysés Simão

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente

Jessé José Freire de Souza

Diretor de Desenvolvimento Institucional

Alexandre dos Santos Cunha

**Diretor de Estudos e Políticas do Estado,
das Instituições e da Democracia**

Roberto Dutra Torres Junior

**Diretor de Estudos e Políticas
Macroeconômicas**

Cláudio Hamilton Matos dos Santos

**Diretor de Estudos e Políticas Regionais,
Urbanas e Ambientais**

Marco Aurélio Costa

**Diretora de Estudos e Políticas Setoriais
de Inovação, Regulação e Infraestrutura**

Fernanda De Negri

Diretor de Estudos e Políticas Sociais

André Bojikian Calixtre

**Diretor de Estudos e Relações Econômicas
e Políticas Internacionais**

José Eduardo Elias Romão

Chefe de Gabinete

Fabio de Sá e Silva

**Assessor-chefe de Imprensa
e Comunicação**

Paulo Kliass

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

URL: <http://www.ipea.gov.br>

Texto para Discussão

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos direta ou indiretamente desenvolvidos pelo Ipea, os quais, por sua relevância, levam informações para profissionais especializados e estabelecem um espaço para sugestões.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2016

Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro : Ipea , 1990-

ISSN 1415-4765

1. Brasil. 2. Aspectos Econômicos. 3. Aspectos Sociais.
I. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

CDD 330.908

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

JEL: I12.

SUMÁRIO

SINOPSE

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	7
2 MÉTODOS	10
3 RESULTADOS	12
4 DISCUSSÃO	19
REFERÊNCIAS	30
ANEXO	35

SINOPSE

A violência contra a mulher é problema de grande magnitude e relevância no Brasil e tem como forma mais extrema a morte. O estudo teve como objetivo estimar as taxas de mortalidade de mulheres por agressões corrigidas e descrever o perfil destes óbitos no Brasil, em suas macrorregiões e Unidades da Federação (UFs) no período 2011-2013. Foram utilizados dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS). A correção foi realizada mediante redistribuição proporcional dos óbitos e aplicação de fatores de correção para taxas de mortalidade, visando reduzir a subestimação decorrente de limitações na cobertura e qualidade da fonte de dados. No Brasil, no período 2011-2013, estima-se que ocorreram 17.581 óbitos de mulheres por agressões, o que corresponde a uma taxa corrigida de mortalidade anual de 5,87 óbitos por 100 mil mulheres. No triênio ocorreram, em média, 5.860 mortes de mulheres por causas violentas a cada ano, 488 a cada mês, 16,06 a cada dia, ou uma a cada uma hora e trinta minutos. O estudo confirmou que a mortalidade de mulheres por agressões é elevada no Brasil e atinge mulheres de todas as faixas etárias, etnias e níveis de escolaridade. As principais vítimas foram mulheres adolescentes e jovens (45% na faixa etária de 10 a 29 anos), negras (64%) e residentes nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte. O perfil dos óbitos, com elevada ocorrência nos domicílios (28,1%) e em finais de semana (35,7%), sugere relação com situações de violência doméstica e familiar contra a mulher. Além de apresentar dados atuais sobre a mortalidade de mulheres por agressões, o estudo contribui para desvelar a relativa invisibilidade do problema da violência contra a mulher no Brasil e discute a necessidade do aprimoramento do monitoramento da violência fatal, bem como das ações e políticas voltadas ao enfrentamento do problema.

Palavras-chave: violência contra a mulher; mortalidade; epidemiologia descritiva; Brasil.

ABSTRACT

Violence against women is a problem of great magnitude and relevance in Brazil, which has death as its more extreme expression. This study aimed to estimate corrected female mortality rates due to assault and to describe the profile of these deaths in Brazil, in its macro-regions and Federative Units (UF) in the period 2011-2013. Data from the Mortality Information System (SIM), of the Secretariat of Health Surveillance, Brazilian Ministry of Health (SVS/MS) were used. In Brazil, in the period 2011-2013,

there were estimated 17,581 deaths of women for assaults, which correspond to a corrected annual mortality rate of 5.87 deaths per 100,000 women. In the studied period, there were, on average, 5,860 deaths of women from assault each year, 488 every month 16.06 each day, or one every 1h30m. The study confirmed that the mortality of women by assault is high in Brazil and affects women of all ages, ethnicities and levels of education. The main victims were adolescents and young women (45% in the age group 10-29 years), women with black skin color (64%) and residents in the Midwest, Northeast and North regions. The death's profile, with high occurrence inside households (28.1%) and during weekends (35.7%) is suggestive of domestic violence against women. In addition to presenting current data on mortality of women due to assaults, the study contributes to unveil the relative invisibility of the problem of violence against women in Brazil and discusses the need for improvement of fatal violence monitoring, as well as targeted actions and policies to deal with the problem.

Keywords: violence against women; mortality; descriptive epidemiology; Brazil.

1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é definida como “qualquer ato de violência de gênero que resulta, ou pode resultar, em dano físico, sexual ou psicológico, ou sofrimento para a mulher”¹ (UN, 1993). Além de constituir uma violação aos direitos humanos e resultar em expressivos custos econômicos e sociais, a violência contra a mulher é importante problema de saúde pública (OMS, 2013a).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), esse tipo de violência pode afetar a saúde de diversas formas, que incluem gravidezes indesejadas, abortos induzidos, problemas ginecológicos e doenças transmissíveis. Também está associada à maior probabilidade de aborto, perda fetal, parto pré-termo e baixo peso ao nascer. Essas formas de violência podem causar depressão, problemas de sono, distúrbios alimentares e outras formas de transtornos mentais, como abuso de álcool e outras drogas. Com grande frequência, a violência doméstica é causa de lesões, reportadas por 42% das mulheres como consequência desse tipo de violência. Por fim, pode ter consequências fatais, como homicídios e suicídios (OMS, 2013a).

Os assassinatos de mulheres são geralmente perpetrados por homens e diferem, em diversos aspectos, dos assassinatos de homens. Por exemplo, em sua maioria, há envolvimento de parceiros ou ex-parceiros e ocorrem situações de abusos no domicílio, ameaças ou intimidação, violência sexual, ou ainda situações nas quais a mulher tem menos poder ou menos recursos do que o homem (OMS, 2013b).

No Brasil, Meneghel e Hirakata (2011) estudaram os feminicídios ocorridos no período de 2003 a 2007, definindo-os como a totalidade dos óbitos de mulheres por agressões. O estudo contabilizou 19.459 mortes no período de cinco anos e revelou que a maioria das vítimas eram mulheres jovens, solteiras, com baixa escolaridade e cor da pele preta ou parda. Cerca de um terço dos óbitos ocorreu no domicílio das vítimas, fato que, segundo as autoras, reforça a suposição de que as mortes foram perpetradas por parceiro íntimo, familiar ou conhecido das vítimas, diferentemente das masculinas, que ocorrem com maior frequência em espaços públicos. Com a mesma abordagem, estudo mais recente estimou que, no período de 2009 a 2011, ocorreram 17.167 óbitos de mulheres por agressões no Brasil, ou 5.722 mortes de mulheres por causas violentas a cada ano, 477 a cada mês, dezesseis a cada dia, ou uma a cada uma hora e trinta e dois minutos (Garcia *et al.*, 2015).

1. De acordo com a Declaração para a Eliminação da Violência contra a Mulher, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU) de 1993.

A violência contra a mulher é problema conhecido no Brasil. Um caso notório é o de Maria da Penha Maia Fernandes, que foi por duas vezes vítima de tentativa de assassinato pelo ex-companheiro em 1983. Na primeira tentativa, levou um tiro que a deixou paraplégica. Devido à morosidade da justiça nacional, instâncias internacionais foram acionadas. Em 2001, após dezoito anos do acontecido, a Organização dos Estados Americanos (OEA) responsabilizou o Brasil por omissão e negligência no que diz respeito à violência doméstica. A OEA recomendou a tomada de medidas voltadas à criação de políticas públicas que inibissem a violência doméstica e familiar contra a mulher (Vicentim, 2010).

Em resposta à recomendação, em 7 de agosto de 2006, foi sancionada a Lei nº 11.340, que ficou conhecida como Lei Maria da Penha. A lei criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Entre estes, destacam-se medidas integradas de prevenção, como a oferta de atendimento policial especializado, em particular nas Delegacias de Atendimento à Mulher (Deams), e a promoção e realização de campanhas educativas de prevenção da violência contra a mulher. São previstas, ainda, medidas de assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar, bem como medidas de urgência voltadas à proteção da vítima (Brasil, 2006).²

O Congresso Nacional, reconhecendo que superar a violência contra as mulheres é um dos maiores desafios impostos ao Estado brasileiro, instaurou Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) com a finalidade de investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência. Segundo o relatório da CPMI, aprovado em julho de 2013, a curva ascendente de feminicídios, a elevada ocorrência de casos de violência contra a mulher e a tolerância do Estado, detectada tanto por pesquisas, estudos e relatórios nacionais e internacionais

2. As seguintes medidas protetivas de urgência podem ser aplicadas ao agressor: I – suspensão da posse ou restrição do porte de armas, com comunicação ao órgão competente, nos termos da Lei nº 10.826, de 22 de dezembro de 2003; II – afastamento do lar, domicílio ou local de convivência com a ofendida; III – proibição de determinadas condutas, entre as quais: a) aproximação da ofendida, de seus familiares e das testemunhas, fixando o limite mínimo de distância entre estes e o agressor; b) contato com a ofendida, seus familiares e testemunhas por qualquer meio de comunicação; c) frequentação de determinados lugares a fim de preservar a integridade física e psicológica da ofendida; IV – restrição ou suspensão de visitas aos dependentes menores, ouvida a equipe de atendimento multidisciplinar ou serviço similar; V – prestação de alimentos provisionais ou provisórios.

quanto pelos trabalhos da própria comissão,³ demonstram a necessidade urgente de reforço dos mecanismos previstos na Lei Maria da Penha, assim como mudanças legais e culturais na sociedade brasileira (Brasil, 2013b). Como resultado da CPMI, foram propostos sete projetos de lei (PLs), dentre eles o que originou a Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015 (Brasil, 2015), que tipificou o crime do feminicídio como qualificador do homicídio e o incluiu no rol dos crimes hediondos.⁴

Na América Latina, o primeiro país a criminalizar o feminicídio em sua lei penal foi a Costa Rica, em 2007 (Vílchez, 2013). O Brasil foi o 16º país da América Latina a aprovar lei sobre feminicídio.

É importante destacar que a obtenção de informações acuradas sobre feminicídios e sua relação com a violência de gênero é um desafio, pois, na maioria dos países, assim como no Brasil, os sistemas de informação sobre mortalidade não documentam a relação entre vítima e perpetrador, ou os motivos da morte por agressão (OMS, 2013b). Conhecer essa realidade é importante para subsidiar e avaliar políticas públicas, e não há dúvidas de que informações mais detalhadas são necessárias.

Conhecer a magnitude da mortalidade de mulheres por agressões e sua distribuição nas regiões e estados fornece subsídios para que o Estado e a sociedade possam unir esforços no combate à violência contra a mulher no Brasil. A realização de análises exploratórias, a partir das bases de dados existentes no país, com a finalidade de obter estimativas mais acuradas sobre esses eventos, é necessária. Ainda, é reconhecido que a estimação das taxas de mortalidade específicas por determinados agravos, de maneira direta, a partir dos sistemas de informação, resulta em subestimação. Tanto problemas de cobertura (subnotificação de óbitos) como de qualidade (óbitos registrados com causas mal definidas ou não especificadas) contribuem para a subestimação das taxas de mortalidade (Alazraqui *et al.*, 2012; Szwarcwald *et al.*, 2011; Vasconcelos, 2000; Cunha, Campos e França, 2011).

3. Para mais informações, sugere-se consultar a versão integral do *Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito*, com a finalidade de investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência, disponível em: <<http://goo.gl/LcGyPy>>.

4. A Lei nº 13.104/2015 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.

Ante tal situação, este estudo tem como objetivo estimar as taxas corrigidas de mortalidade de mulheres por agressões e apresentar o perfil destes óbitos no Brasil, em suas macrorregiões e UFs no período de 2011 a 2013. A seguir, serão descritos os métodos empregados para correção das taxas, visando reduzir a subestimação, tendo em vista as limitações na cobertura e qualidade da fonte de dados. Na sequência, serão apresentados os principais resultados e a discussão dos achados. Destaca-se que o estudo avança em relação a estudos pregressos sobre o tema, por apresentar dados atualizados e detalhados, além de estimar taxas corrigidas, objetivando minimizar sua subestimação.

2 MÉTODOS

Foi realizado estudo descritivo com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), gerenciado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), e alimentado pelas declarações de óbito (DO). Os dados referem-se ao período 2011-2013, de modo a atualizar e detalhar estudo previamente publicado (Garcia *et al.*, 2015). Os dados foram agregados em triênios, visando fornecer maior estabilidade aos indicadores calculados.

Neste estudo, inicialmente foram considerados os óbitos de mulheres por agressões, classificados segundo os códigos X85-Y09 da 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). A partir do número absoluto destes óbitos registrados no SIM, procedeu-se a duas etapas de correção.

A primeira etapa foi realizada mediante redistribuição proporcional dos óbitos classificados como eventos cuja intenção é indeterminada (Y10-Y34), considerando-se a elevada proporção de registros de óbitos por causas externas no SIM, nos quais a causa básica recebe esta classificação. No período 2001-2011, do total de 154.918 óbitos de mulheres por causas externas registrados no SIM, 18,2% foram classificados como evento cuja intenção é indeterminada (Garcia, Santana e Höfelmann, 2013). Nesta etapa, foram considerados todos os óbitos por causas externas, classificados nos grupos de causas especificadas a seguir, que fazem parte do capítulo XX da CID-10 (OMS, 2008). Primeiramente, foi calculada a proporção de óbitos por agressões (X85-Y09) em relação ao total de óbitos por causas externas acidentais e intencionais, que incluem também: outras causas externas de traumatismos acidentais (W00-X59), lesões autoprovocadas intencionalmente (X60-X84), agressões (X85-Y09) e intervenções legais (Y35).

Em seguida, procedeu-se à redistribuição proporcional, somando-se ao número de óbitos por agressões (X85-Y09) a parcela proporcional destes óbitos em relação ao total dos óbitos classificados como eventos cuja intenção é indeterminada (Y10-Y34). Essa estratégia foi adotada com base em estudos que detectaram poucas alterações na distribuição proporcional dos óbitos femininos por causas externas após a investigação daqueles classificados como eventos cuja intenção é indeterminada (Cardoso e Faúndes, 2006; Matos *et al.*, 2007).

Reconhecendo-se a existência da subnotificação de óbitos no SIM (Frias *et al.*, 2008; Mello-Jorge, Laurenti e Gotlieb, 2009), foi empregada uma segunda etapa de correção. O total de óbitos obtido conforme descrito acima foi utilizado como numerador para o cálculo das taxas de mortalidade de mulheres por agressões para o Brasil, as macrorregiões e UFs, e sobre estas foram aplicados fatores de correção das taxas de mortalidade produzidos por Szwarcwald *et al.* (2011). Os fatores de correção foram obtidos por meio de estudo, realizado em 2008, que estimou as coberturas dos sistemas de informação vitais nos municípios brasileiros, por meio de busca ativa de óbitos e nascidos vivos em uma amostra de municípios localizados na região Nordeste e na Amazônia Legal. Para o Brasil, a cobertura do SIM foi estimada em 93%. A partir dos dados coletados nos municípios pesquisados, foram estimados fatores de correção para municípios, estados e macrorregiões (Szwarcwald *et al.*, 2011), empregados neste estudo.

As taxas de mortalidade foram calculadas por 100 mil mulheres, tendo como denominador o total da população feminina residente. Para definição do tamanho da população feminina por UF, multiplicou-se o tamanho da população total residente em cada ano – estimado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o Tribunal de Contas da União (TCU) – pela proporção de mulheres na população total, segundo dados do Censo Demográfico 2010 (Brasil, 2011).⁵

A partir dos dados diretos do SIM (CID-10: X85-Y09), foi calculada a mortalidade proporcional dos óbitos de mulheres por agressões para o Brasil e as macrorregiões, segundo as seguintes características: idade (menor que 10 anos; de 10 a 19 anos; de 20 a 29 anos; de 30 a 39 anos; de 40 a 49 anos; de 50 a 59 anos; de 60 a 69 anos;

5. Justifica-se essa estratégia por não haver estimativas da população feminina para os anos estudados produzidas pelo IBGE até o momento da realização do estudo.

e 70 anos e mais); cor da pele (branca/amarela,⁶ negra – preta/parda – e indígena); escolaridade das vítimas com 15 anos ou mais de idade (menos que oito anos de estudo; oito anos ou menos de estudo; e ignorada); local de ocorrência (hospital ou outro estabelecimento de saúde, domicílio, via pública, outros); e dia da semana de ocorrência do óbito.

Também foi calculada a mortalidade proporcional segundo a causa do óbito, considerando-se as seguintes categorias, segundo códigos da CID-10: lesão por arma de fogo (X93-X95); por instrumento perfurante, cortante ou contundente (X99, Y00); por enforcamento (X91); por maus tratos (Y04-Y07); e outros (X85-X90, X92, X96, Y01-Y03, X97-X98 e Y08-Y09).

Foram utilizados exclusivamente dados de acesso público e sem identificação dos sujeitos. O estudo foi realizado em conformidade com a Resolução nº 466/2013 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas com seres humanos no Brasil (CNS, 2012).

3 RESULTADOS

No Brasil, no período 2011-2013, foram registrados 13.837 óbitos de mulheres por agressões no SIM, o que equivale a uma taxa bruta de mortalidade de 4,62 óbitos por 100 mil mulheres. Após a correção, estima-se que ocorreram 17.581 óbitos de mulheres por agressões, resultando em uma taxa corrigida de mortalidade anual de 5,87 óbitos por 100 mil mulheres, o que representa subestimação de 21%. Após a correção, estima-se que ocorreram, em média, 5.860 mortes de mulheres por agressões a cada ano, 488 a cada mês, dezesseis a cada dia, ou uma a cada uma hora e trinta minutos.

Taxas de mortalidade corrigidas mais elevadas foram observadas nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte, respectivamente, 7,81, 7,31 e 7,26 óbitos por 100 mil mulheres. Por sua vez, as regiões Sudeste e Sul tiveram as taxas mais baixas, respectivamente, 4,82 e 4,76 óbitos por 100 mil mulheres (figura 1). É importante destacar que as taxas de mortalidade de mulheres por agressões não podem ser consideradas baixas em quaisquer das macrorregiões do país.

6. As categorias *branca* e *amarela* foram agregadas devido à baixa representatividade da categoria *amarela*.

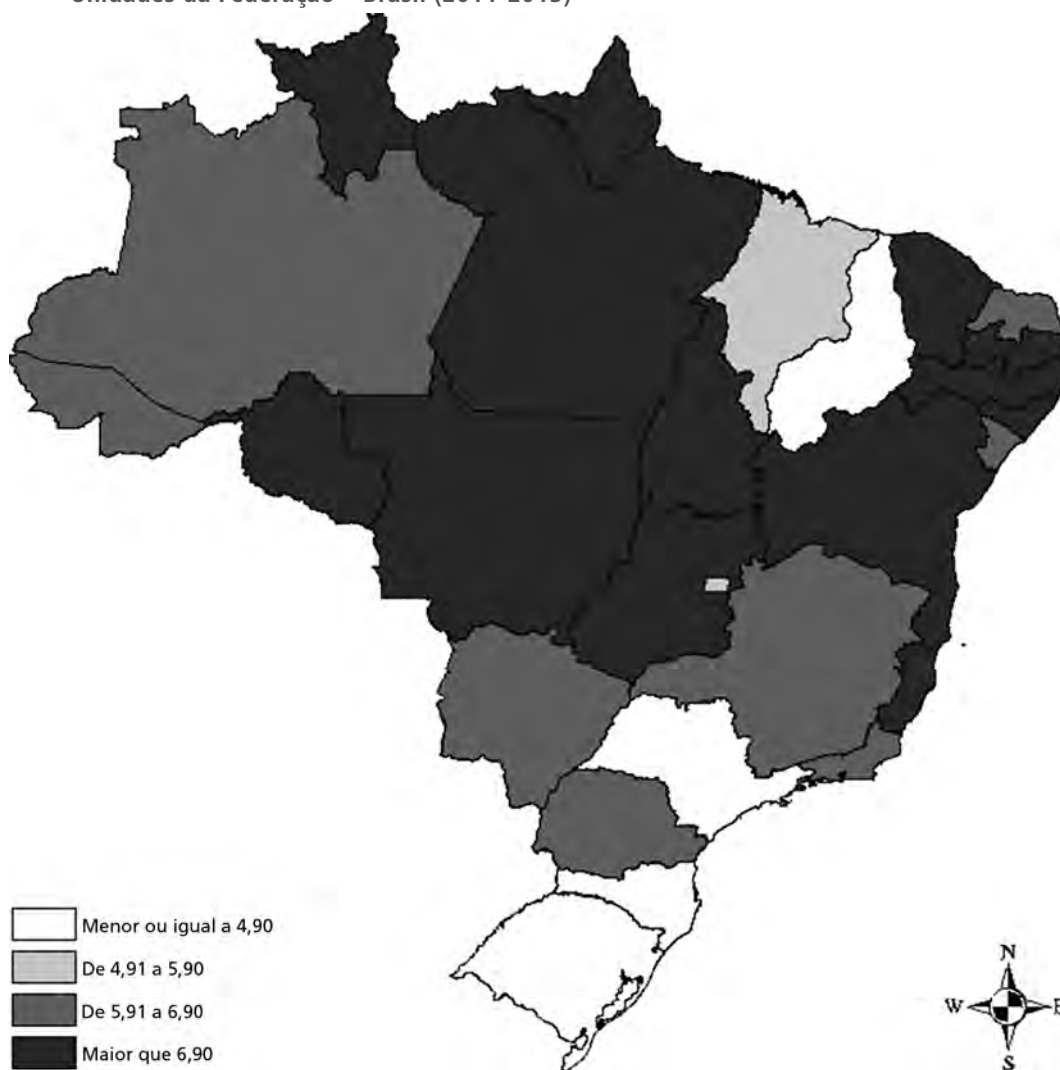
FIGURA 1
Taxas de mortalidade de mulheres por agressões corrigidas (por 100 mil mulheres) nas macrorregiões – Brasil (2011-2013)



Fonte: SIM/SVS/MS.
Elaboração das autoras.

Os cinco estados com maiores taxas de mortalidade por 100 mil mulheres foram Roraima (10,35), Espírito Santo (9,84), Goiás (9,55), Alagoas (9,15) e Bahia (9,07). Por sua vez, taxas menores foram observadas nos estados de Santa Catarina (3,16), São Paulo (3,32) e Piauí (3,34). É interessante notar que, mesmo nas regiões com taxas mais elevadas, há estados com taxas mais baixas, a exemplo do Piauí e do Maranhão, na região Nordeste, e do Amazonas e do Acre, na região Norte (figura 2 e gráfico 1).

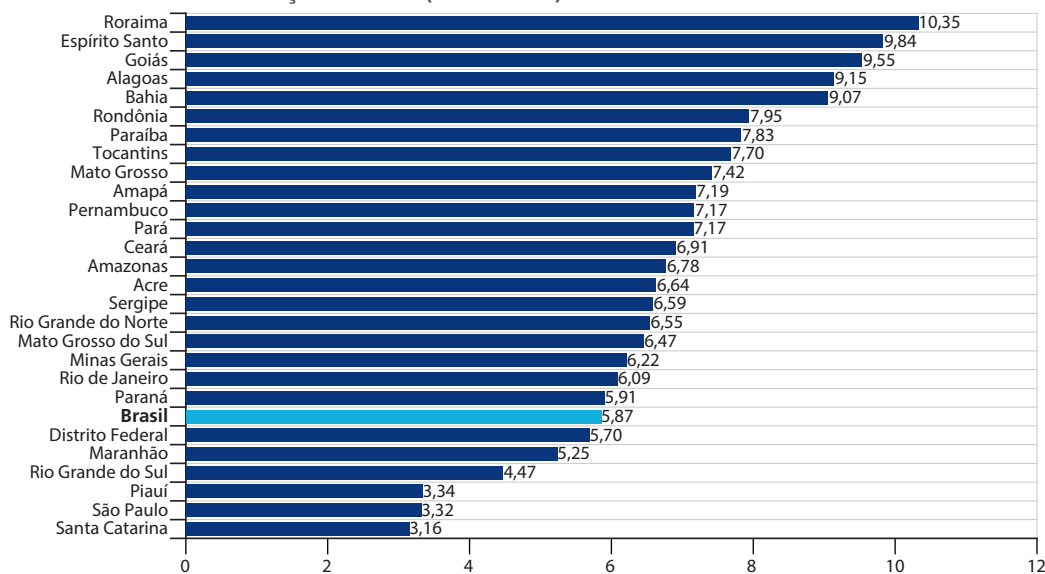
FIGURA 2
Taxas de mortalidade de mulheres por agressões corrigidas (por 100 mil mulheres) nas Unidades da Federação – Brasil (2011-2013)



Fonte: SIM/SVS/MS.
Elaboração das autoras.

GRÁFICO 1

Taxas de mortalidade de mulheres por agressões corrigidas (por 100 mil mulheres) nas Unidades da Federação – Brasil (2011-2013)

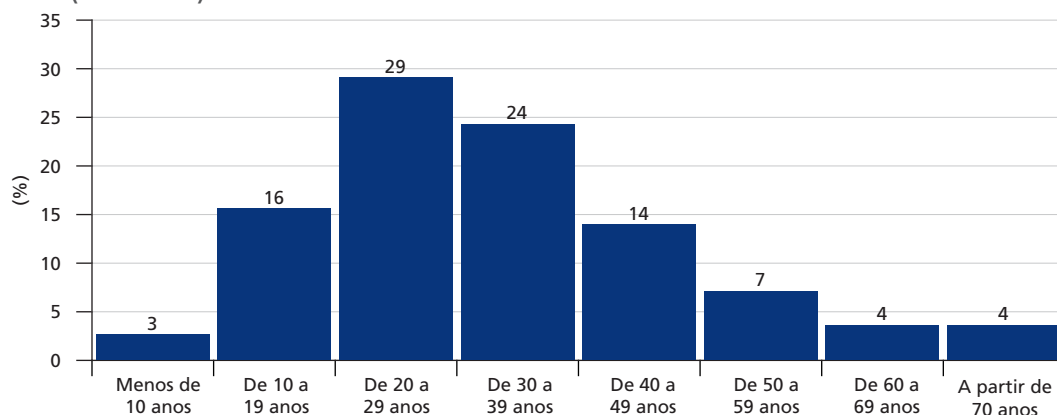


Fonte: SIM/SVS/MS.
Elaboração das autoras.

Mulheres jovens foram as principais vítimas, 29,1% estavam na faixa etária de 20 a 29 anos. Quase metade dos óbitos (44,7%) foram de adolescentes e jovens na faixa etária de 10 a 29 anos (gráfico 2).

GRÁFICO 2

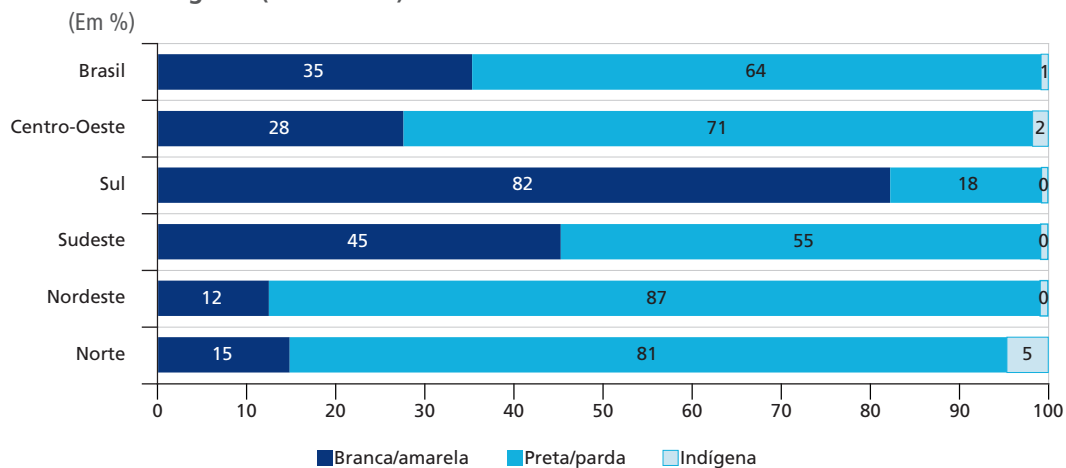
Proporção de óbitos de mulheres por agressões segundo a faixa etária da vítima – Brasil (2011-2013)



Fonte: SIM/SVS/MS.
Elaboração das autoras.

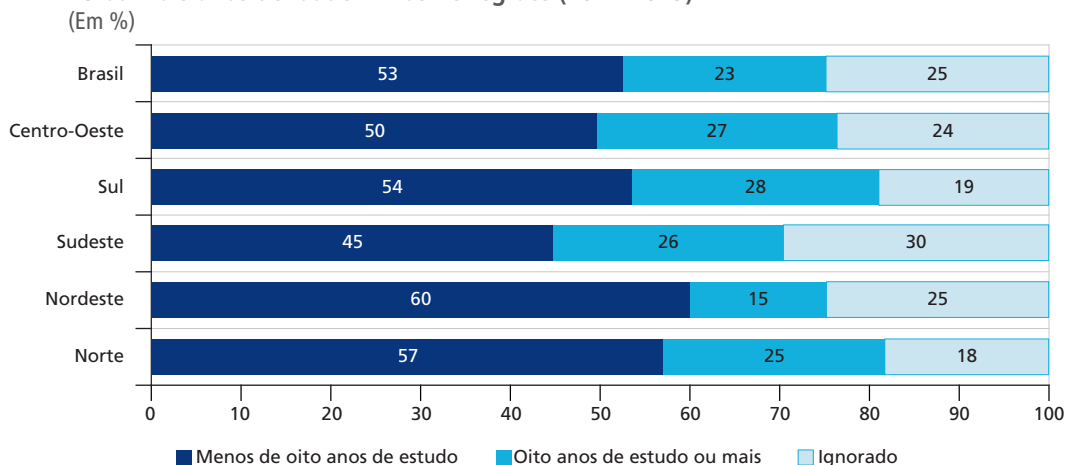
No Brasil, quase dois terços dos óbitos foram de mulheres negras (64%). Estas foram as principais vítimas em todas as regiões, à exceção da região Sul, onde predominaram os óbitos de mulheres com a cor da pele branca ou amarela (82%), refletindo a composição da população desta região. Merece destaque a elevada proporção de óbitos de mulheres negras nas regiões Nordeste (87%), Norte (81%) e Centro-Oeste (71%) (gráfico 3).

GRÁFICO 3
Proporção de óbitos de mulheres por agressões segundo a cor da pele da vítima – Brasil e regiões (2011-2013)



Fonte: SIM/SVS/MS.
 Elaboração das autoras.

GRÁFICO 4
Proporção de óbitos de mulheres por agressões, segundo a escolaridade das vítimas com 15 ou mais anos de idade – Brasil e regiões (2011-2013)



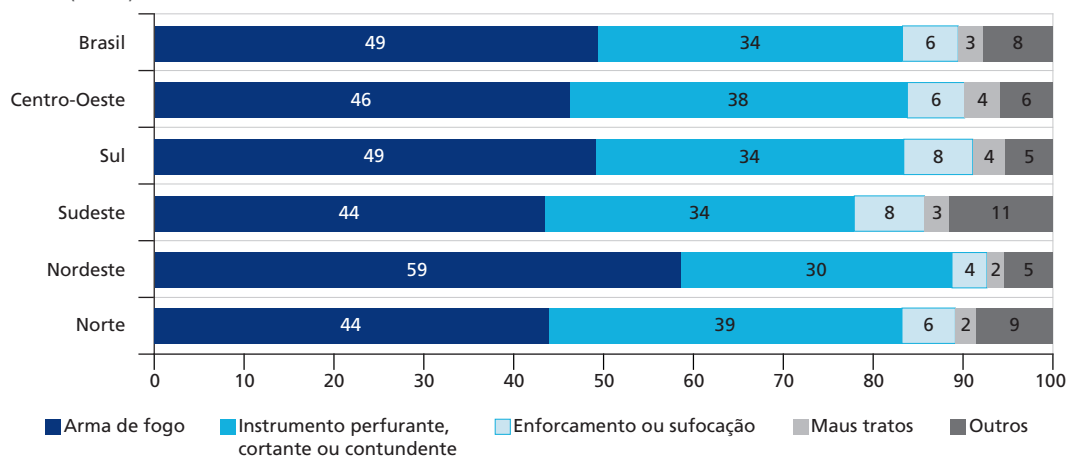
Fonte: SIM/SVS/MS.
 Elaboração das autoras.

Entre as vítimas com 15 ou mais anos de idade, no Brasil, 53% tinham até oito anos de estudo e 23% tinham oito ou mais anos de estudo. Todavia, destaca-se que, para 25% dos óbitos de mulheres com 15 anos ou mais de idade, a informação sobre escolaridade é ignorada. Proporção mais elevada de vítimas com menor escolaridade foi observada na região Nordeste (60%), conforme descrito no gráfico 4.

No Brasil, quase metade dos óbitos de mulheres por agressões envolveram o uso de armas de fogo (49%) e aproximadamente um terço (34%), o uso de instrumento perfurante, cortante ou contundente. Enforcamento ou sufocação tiveram registro em 6% dos óbitos. Maus tratos – incluindo agressão por meio de força corporal, força física, violência sexual, negligência, abandono e outras síndromes de maus tratos (crueldade mental e tortura) – foram registrados em 3% dos óbitos. Ressalta-se que a proporção de óbitos envolvendo armas de fogo foi pouco superior nas regiões Nordeste (59%) e Sul (49%) em relação as demais regiões. Por sua vez, nas regiões Norte e Centro-Oeste, observam-se proporções superiores de óbitos com uso de instrumentos perfurantes, cortantes e contundentes (39% e 38% respectivamente) em relação às demais regiões (gráfico 5).

GRÁFICO 5

Proporção de óbitos de mulheres por agressões segundo a causa – Brasil e regiões (2011-2013)
(Em %)

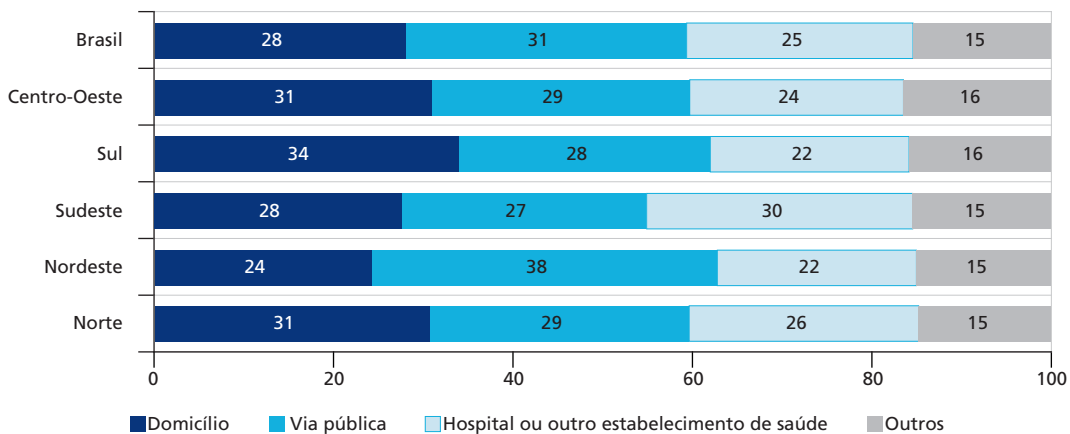


Fonte: SIM/SVS/MS.
Elaboração das autoras.

Quanto ao local de ocorrência, 28,1% das mortes de mulheres por agressões no Brasil ocorreram no domicílio; 31,3%, em via pública; e 25,3%, em hospital ou outro estabelecimento de saúde. Proporções mais elevadas de mortes em domicílios foram observadas nas regiões Sul (34,0%), Centro-Oeste (31,0%) e Norte (30,8%), conforme descrito no gráfico 6.

GRÁFICO 6
Proporção de óbitos de mulheres por agressões segundo local de ocorrência – Brasil e regiões (2011-2013)

(Em %)

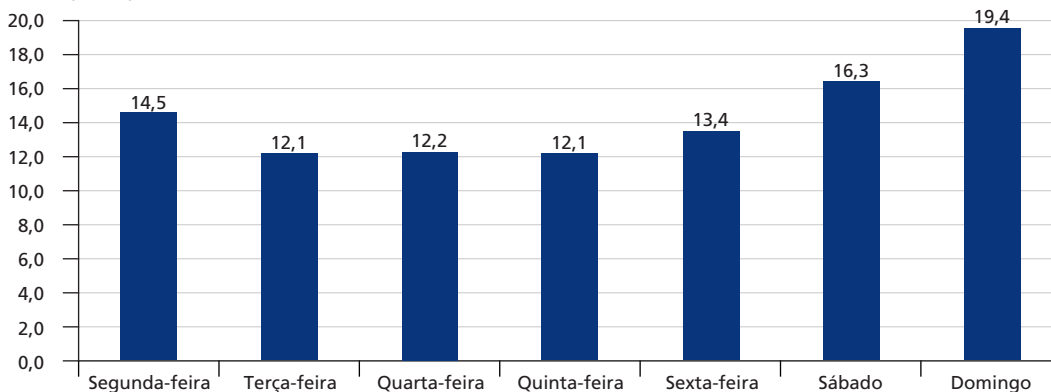


Fonte: SIM/SVS/MS.
 Elaboração das autoras.

É interessante observar a distribuição dos óbitos conforme o dia da semana. Mais de um terço (35,7%) ocorreu em finais de semana. Os domingos concentraram 19,4% destas mortes (gráfico 7).

GRÁFICO 7
Proporção de óbitos de mulheres por agressões, conforme o dia da semana de ocorrência – Brasil e regiões (2011-2013)

(Em %)



Fonte: SIM/SVS/MS.
 Elaboração das autoras.

Informações mais detalhadas sobre a ocorrência e o perfil das vítimas nas UFs estão apresentadas no anexo deste *Texto para Discussão*.

4 DISCUSSÃO

Este estudo confirmou que a mortalidade de mulheres por agressões é elevada no Brasil e atinge mulheres de todas as faixas etárias, etnias e níveis de escolaridade. Ademais, permitiu conhecer o perfil das vítimas, que foram principalmente mulheres jovens, negras, com baixa escolaridade e residentes nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte. Aplicou, ainda, técnicas de correção para a obtenção de taxas de mortalidade mais fidedignas quanto à situação de violência enfrentada pelas mulheres brasileiras.

A taxa de mortalidade de mulheres encontrada neste estudo corrobora estudos prévios e pode ser considerada elevada em relação a padrões internacionais (Small Arms Survey, 2012; Waiselfisz, 2012). Além disso, as mortes de mulheres por agressões são desfechos completamente evitáveis, que interrompem de maneira precoce as vidas de milhares de brasileiras a cada ano. O perfil dos óbitos observado neste estudo, com elevada ocorrência nos domicílios e em finais de semana, sugere relação com situações de violência doméstica e familiar contra a mulher, em concordância com estudos prévios (Meneghel e Hirakata, 2011; Garcia *et al.*, 2015). Contudo, informações sobre o perpetrador, como o sexo e sua relação com a vítima, não estão disponíveis na fonte de dados utilizada neste estudo (SIM), tendo em vista que sua finalidade é o monitoramento do óbito como evento vital de relevância para a saúde pública. Essa informação, caso disponível, seria de extrema relevância para o monitoramento da violência fatal contra a mulher no Brasil, bem como para a avaliação de ações e políticas de prevenção da violência contra a mulher.

A definição de feminicídio adotada pela Lei nº 13.104/2015 inclui crimes perpetrados contra a mulher por razões da condição de sexo feminino, ou seja, aqueles que envolvem violência doméstica e familiar e/ou menosprezo ou discriminação à condição de mulher (Brasil, 2015). O termo “feminicídio” foi cunhado na década de 1970 como alternativa ao termo neutro “homicídio” para referir-se exclusivamente à morte de uma mulher por um homem, causada por um conflito de gênero, e chamar a atenção para a discriminação, opressão, desigualdade e violência sistemática contra a mulher, que tem a morte como sua forma mais extrema (Radford e Russell, 1992). Os marcos conceituais e legais da região da América Latina utilizam indistintamente os termos “femicídio” e “feminicídio” para se referirem à morte violenta de mulheres por razões de gênero (OACNUDH, 2014).

Cabe destacar que organizações internacionais sugeriram a ampliação dessa definição para incluir qualquer morte de mulher por violência, considerando que esta abordagem facilita a comparabilidade internacional dos dados sobre mortalidade de mulheres por agressões (Small Arms Survey, 2012). Esta abordagem mais ampla foi utilizada em estudos prévios (Meneghel e Hirakata, 2011; Garcia *et al.*, 2015) que foram relevantes para dar visibilidade ao tema do feminicídio no Brasil. Todavia, é reconhecido que esta reduz a conotação política da violência contra a mulher baseada em questões de gênero (Small Arms Survey, 2012).

Conforme a definição adotada pela Lei nº 13.104/2015, nem todos os óbitos de mulheres por agressões podem ser considerados feminicídios. Por outro lado, considerar somente os óbitos de mulheres ocorridos no domicílio como feminicídios, ou como mortes relacionadas à violência doméstica e familiar, é um equívoco. Da mesma forma que nem todos os óbitos violentos de mulheres ocorridos no domicílio são decorrentes de conflitos de gênero, não é possível afirmar que a totalidade dos óbitos ocorridos fora do domicílio não mantêm relação com este tipo de conflito. Estudos que adotam essa abordagem para o monitoramento e a avaliação de políticas voltadas ao enfrentamento da violência contra a mulher têm sua validade severamente comprometida.

A título de exemplo, estudo sobre feminicídios em Ontário, Canadá, revelou que, no período de 1974 a 1994, aproximadamente 20% dos assassinatos de mulheres cometidos por parceiros íntimos ocorreram em locais públicos, como ruas, parques, locais de trabalho ou prédios públicos (Gartner *et al.*, 1998). Além disso, é plausível considerar que parte dos óbitos ocorridos em hospitais ou outros serviços de saúde, decorrentes de agressões, também podem ser definidos como feminicídios, desde que as agressões tenham sido motivadas pela condição *sexo feminino*, e, apesar do atendimento recebido, as vítimas tenham falecido nesses locais. Corroborando a situação exposta, estudo com dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) encontrou que, entre mulheres que sofreram algum tipo de violência doméstica ou familiar e foram atendidas em 69 serviços de urgência e emergência localizados em capitais brasileiras em 2011, 36% haviam sido agredidas fora do domicílio e 0,7% vieram a falecer dentro das primeiras vinte e quatro horas após o atendimento nos serviços de saúde (Garcia *et al.*, 2016). Deve-se considerar ainda a importância dos óbitos decorrentes de agressões perpetradas por ex-parceiros, que, muitas vezes, ocorrem fora do domicílio, e para as quais não há estatísticas precisas no Brasil.

Ante o desafio da obtenção de informações acuradas sobre feminicídios e sua relação com a violência de gênero, reitera-se a recomendação para a inclusão de um campo na declaração de óbito, visando permitir a identificação dos óbitos de mulheres decorrentes de situações de violência doméstica, familiar ou sexual. Essa inclusão poderia ser feita no bloco VII da declaração, referente às causas externas, no qual devem ser preenchidas informações referentes a prováveis circunstâncias de morte não natural, a exemplo do que existe para acidentes de trabalho (Garcia *et al.*, 2015). Recomenda-se também a realização de estudos que busquem agregar as informações disponíveis em diferentes bases de dados existentes, buscando preencher essa lacuna de conhecimento a respeito do tema dos feminicídios no Brasil.

Essa recomendação torna-se ainda mais importante tendo em vista que o Brasil foi escolhido como primeiro país-piloto para adaptar o Modelo de Protocolo Latino-americano para Investigação de Mortes Violentas de Mulheres por Razões de Gênero, elaborado pela ONU Mulheres e pelo Alto Comissariado de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU). Este modelo de protocolo tem o objetivo de apoiar as instituições envolvidas, por meio de um instrumento prático para abordar a investigação das mortes violentas de mulheres, sob uma perspectiva de gênero (OACNUDH, 2014).

Além disso, de forma consistente, em 66 países do mundo, os parceiros íntimos são os principais assassinos de mulheres. Aproximadamente 40% de todos os homicídios de mulheres no mundo são cometidos por um parceiro íntimo. Em contraste, essa proporção é próxima a 6% entre os homens assassinados. Ou seja, a proporção de mulheres assassinadas por parceiro é seis vezes maior do que a proporção de homens assassinados por parceira (Stöckl *et al.*, 2013).

Nos Estados Unidos, as mulheres assassinadas são vítimas mais frequentemente de um parceiro íntimo do que qualquer outro tipo de perpetrador. Os assassinatos cometidos por parceiro íntimo correspondem a 40-50% dos óbitos de mulheres por violência (Campbell *et al.*, 2003). Estudo realizado em Ontário, Canadá, revelou que, entre 1974 e 1994, até 76% de todas as mortes violentas de mulheres foram resultado de assassinato perpetrado por parceiro íntimo (Gartner *et al.*, 1998).

Da mesma forma, na Rússia, as mortes violentas nas quais a mulher foi vítima foram mais frequentes com envolvimento de parceiro íntimo e ocorrência no domicílio, enquanto as mortes violentas de homens ocorreram com maior frequência em um local público, tiveram relação com o abuso do álcool e ocorreram em situações nas quais a vítima e o agressor não se conheciam bem (Eckhard e Pridemore, 2009).

É conhecido que existem importantes diferenças entre sexos na mortalidade por agressões, sendo a mortalidade masculina superior à feminina. No Brasil, em 2007, a taxa de mortalidade por agressões foi 46,2 por 100 mil homens e 3,9 por 100 mil mulheres. Todavia, entre as mulheres, os óbitos por violência ocorrem principalmente no ambiente familiar e são decorrentes de agressão perpetrada por conhecidos (Souza *et al.*, 2012).

Por sua vez, as mulheres que matam seus parceiros íntimos geralmente agem em autodefesa, ou seja, também são vítimas, que reagem a situações de ameaça e intimidação (Johnson e Hotton, 2003). A maioria dos homicídios de parceiros íntimos envolve violência contra a mulher perpetrada pelo homem antes do assassinato, não importando qual parceiro é morto (McFarlane *et al.*, 1999). Portanto, uma das principais maneiras de evitar os feminicídios é identificar e intervir nas situações de violência doméstica com agressão física contra a mulher (Campbell *et al.*, 2003).

Campbell *et al.* (2003) realizaram estudo de casos e controles multicêntrico que investigou os fatores de risco para feminicídio em onze cidades nos Estados Unidos. Do total das vítimas, 70% haviam sofrido violência física antes de terem sido mortas pelo mesmo agressor, em comparação com 10% das mulheres elegíveis como controles. Isso reforça a suposição de que a violência física contra a mulher é o principal fator de risco para a morte. Outros fatores significativamente associados na análise bivariável foram perseguição, sexo forçado e violência durante a gestação. Na análise multivariável, a chance de ocorrência de feminicídio foi maior nos casos em que as mulheres haviam se separado de um parceiro agressivo após terem morado junto em comparação com os casos em que não houve coabitação; também nos casos em que as mulheres haviam deixado o parceiro ou pedido para o parceiro sair de casa em comparação com aquelas que não haviam tomado essas atitudes. A chance também foi maior quando havia uma criança na residência que não era filha biológica do parceiro abusivo. Ameaças prévias com arma por parte do agressor e ameaças de morte também foram associadas a riscos substancialmente mais elevados de feminicídio. O fato de o agressor ter acesso a arma de fogo também foi significativamente associado à morte. O uso de arma pelo agressor no pior incidente de abuso anterior à morte foi associado com uma chance quarenta vezes maior de feminicídio, após o ajuste para outros fatores.

As lesões por armas de fogo foram causa de metade das mortes descritas neste estudo, seguidas por instrumento perfurante, cortante ou contundente e por enforcamento. Situação similar foi observada nos Estados Unidos, onde as armas de fogo foram os instrumentos mais comumente empregados em homicídios de parceiro íntimo. Na Inglaterra e no País de Gales, os instrumentos cortantes foram mais comumente usados, mas também foi frequente a estrangulação (Aldridge e Browne, 2003).

Estudo ecológico que relacionou a mortalidade feminina por agressões nas microrregiões do estado do Rio Grande do Sul com variáveis demográficas, socioeconômicas, de acesso a serviços e de saúde no período de 2003 a 2007 evidenciou maior mortalidade de mulheres em locais onde a mortalidade de homens por violência também se mostrava elevada. A associação verificada entre um indicador considerado de violência estrutural (os homicídios de homens) e um indicador de violência de gênero (as mortes de mulheres por agressão) reforça o entendimento de que, nos locais onde a sociedade é mais violenta, as mulheres são mais penalizadas, ou seja, que a violência estrutural potencializa a violência de gênero. As autoras consideram que “a mortalidade masculina por agressão reflete condições de violência na sociedade, cenário que agudiza a desigualdade de gênero, inclusive os femicídios perpetrados por parceiros íntimos e por homens estranhos em lugares públicos” (Leites, Meneghel e Hirakata, 2014, p. 651).

Dugan, Rosenfeld e Nagin (2003) investigaram o efeito de recursos para contenção da violência contra a mulher sobre a morte de mulheres perpetrada por parceiros íntimos.⁷ Algumas medidas foram associadas à redução da mortalidade, como a existência de leis que previam prisão inafiançável e a expedição de mandados de prisão para os agressores. Por outro lado, foi encontrado um efeito de retaliação, um aumento das mortes associado à disponibilidade das medidas supracitadas, uma vez que os agressores podem tender a retaliar as vítimas após estas buscarem as medidas protetivas.

Isso reforça a importância da necessidade de melhorar a capacidade dos serviços de saúde de identificarem a violência doméstica contra a mulher e o risco de feminicídio (OMS, 2013c). O encaminhamento adequado da mulher agredida e seu acesso aos serviços de segurança pública e justiça para a obtenção de medidas protetivas pode fazer a diferença entre a vida e a morte. Ainda, é fundamental que as medidas protetivas sejam emitidas e efetivamente cumpridas, de modo a proteger as vítimas e impedir a possível retaliação por parte dos agressores.

No Brasil, têm sido desenvolvidas iniciativas promissoras na prevenção dos feminicídios, como o “botão do pânico”,⁸ a “Patrulha Maria da Penha”⁹ e a tornozeleira

7. O estudo utilizou dados referentes a um período de vinte anos (1976-1996) nos Estados Unidos.

8. Trata-se de um dispositivo eletrônico de segurança preventiva que possui GPS e também gravação de áudio usado por mulheres ameaçadas por companheiro ou ex-companheiro. O dispositivo fica com a mulher; ao ser acionado, dispara informações para a central policial, com a localização exata da vítima, para que uma viatura seja enviada ao local. O equipamento, após acionado, ainda transmite o som ambiente para a central de polícia, que obtém a gravação. O projeto-piloto foi lançado, em 2013, pelo Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo (TJ-ES) em parceria com a Prefeitura de Vitória.

9. Trata-se de patrulhas que atuam com viaturas exclusivamente destinadas à realização de visitas residenciais rotineiras e coordenadas, com o objetivo de atuar de forma preventiva junto a situações nas quais já tenham sido emitidas as medidas protetivas em defesa de mulheres vítimas de agressões. Essa iniciativa foi implementada no estado do Rio Grande do Sul em 2012.

eletrônica.¹⁰ A respeito destas iniciativas, recomenda-se a realização de estudos que avaliem sua efetividade sobre a morbimortalidade de mulheres em situação de violência doméstica e familiar.

Outra iniciativa recente é o programa Mulher, Viver sem Violência, coordenado pela Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), da Presidência da República. A iniciativa propõe estratégias para melhoria e rapidez no atendimento às vítimas da violência de gênero e a integração de serviços públicos de segurança, justiça, saúde, assistência social, acolhimento, abrigamento e orientação para trabalho, emprego e renda. Reforça, ainda, a rede existente de serviços públicos do governo federal, estados, Distrito Federal, municípios, tribunais de justiça, ministérios e defensorias públicas por meio do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.¹¹

A ONU Mulheres¹² destacou a Lei Maria da Penha como exemplo na luta por reformas do sistema jurídico (Unifem, 2009). De fato, a Lei Maria da Penha trouxe avanços relevantes. Desde o início de sua vigência, em 2006, até 2011, foram expedidas 28.302 medidas protetivas, realizados 677.087 procedimentos judiciais nas varas exclusivas de violência doméstica e familiar contra a mulher, registrados 196.023 inquéritos e instauradas 99.891 ações penais (Brasil, 2013a). Ademais, o número de serviços especializados no atendimento à mulher vítima de violência cresceu substancialmente a partir da vigência da lei.¹³

10. O uso da tornozeleira busca garantir o cumprimento da medida protetiva, prevista na Lei Maria da Penha, de que o agressor mantenha distância da vítima, de seus familiares e testemunhas. Caso a medida seja desrespeitada, o equipamento automaticamente emitirá um sinal, que será enviado à central de polícia, a qual encaminhará viatura para o local. Minas Gerais foi o estado pioneiro na utilização do equipamento, a partir de 2012. Em janeiro de 2014, foi sancionada lei que regulamentou o uso da tornozeleira no estado do Rio Grande do Sul.

11. Mais informações podem ser obtidas no sítio da SPM: <<http://goo.gl/itWwP9>>.

12. Anteriormente denominado Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (Unifem).

13. Em 2012, havia 384 Deams, 220 Centros de Referência de Atendimento à Mulher, 122 Núcleos de Atendimento à Mulher em delegacias comuns, 72 Casas-Abrigo, 45 Juizados de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher, 48 Varas Adaptadas de Violência Doméstica e Familiar, 29 Promotorias Especializadas ou Núcleos de Gênero do Ministério Público e 56 Núcleos ou Defensorias Especializadas, totalizando 974 serviços, presentes em todas as Unidades da Federação – dados fornecidos mediante solicitação ao Serviço de Atendimento ao Cidadão da SPM.

Os avanços alcançados com a Lei Maria da Penha são corroborados por diversos estudos, a exemplo daqueles realizados pelo Observatório para Implementação da Lei Maria da Penha.¹⁴ Registros desses avanços também estão elencados no sítio eletrônico da Campanha Compromisso e Atitude pela Lei Maria da Penha.¹⁵

Não obstante a Lei Maria da Penha constituir uma importante conquista e um recurso fundamental para o enfrentamento da violência contra a mulher, bem como apresentar diversos aspectos positivos e inovadores, Meneghel *et al.* (2013) verificaram que existem obstáculos para a sua plena concretização. Entre estes, as autoras destacam a ineficiência na aplicação das medidas de proteção e a falta de recursos materiais e humanos, além da fragmentação da rede de atenção e da mobilização de setores conservadores da sociedade para seu enfraquecimento.

No mesmo sentido, Villela *et al.* (2011) encontraram que os profissionais da saúde e da segurança pública enfrentam diversos desafios para atuar ante a violência contra a mulher, como acomodações precárias, despreparo técnico e fragilidade da rede institucional. Ainda, atitudes inadequadas por parte dos profissionais tendem a reproduzir preconceitos e posturas sexistas que perpetuam as desigualdades entre homens e mulheres, o que reforça a vulnerabilidade das mulheres vítimas de violência e cria um “círculo vicioso entre violência interpessoal e violência institucional”, de modo que os serviços não conseguem interromper a cadeia de produção de violência (Villela *et al.*, 2011, p. 122).

Diante dos obstáculos para a concretização da Lei Maria da Penha, estudo que comparou as taxas anuais de mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, no período de cinco anos antes e cinco anos depois da vigência desta lei, revelou que não houve redução significativa. As taxas de mortalidade por 100 mil mulheres foram 5,28 antes (2001-2006) e 5,22 depois (2007-2011) da vigência da Lei (Garcia, Santana e Höfelmann, 2013).

14. Disponível em: <<http://www.observe.ufba.br/>>. Acesso em: 15 jan. 2014. Todavia, a última atualização na data de acesso foi 25 de novembro de 2011.

15. A campanha Compromisso e Atitude pela Lei Maria da Penha – A lei é mais forte é resultado da cooperação entre o Poder Judiciário, o Ministério Público, a Defensoria Pública e o governo federal, por meio da SPM e do Ministério da Justiça. Tem como objetivo unir e fortalecer os esforços nos âmbitos municipal, estadual e federal para dar celeridade aos julgamentos dos casos de violência contra as mulheres e garantir a correta aplicação da Lei Maria da Penha. Disponível em: <<http://www.compromissoeatitude.org.br/>>.

Essa situação reforça a importância do aprimoramento das informações sobre violência contra a mulher no Brasil e do monitoramento das mortes de mulheres por agressões, a exemplo deste estudo, que, todavia, apresenta limitações. Entre estas, destaca-se a ocorrência de subestimação residual das taxas de mortalidade, apesar das técnicas de correção empregadas, especialmente nos locais onde a cobertura do sistema é mais baixa e a qualidade dos dados, mais deficiente (Garcia *et al.*, 2015). Contudo, as estimativas das taxas de mortalidade ora apresentadas tendem a ser mais precisas do que aquelas obtidas em estudos anteriormente realizados, que descon sideraram a necessidade de correção (Waiselfisz, 2012; Meneghel e Hirakata, 2011). Ademais, o fato de terem sido agregados três anos (2009-2011) fornece estabilidade às taxas, diferentemente da consideração de um único ano, situação na qual os valores das taxas poderiam ser influenciados por flutuações aleatórias.

As diferenças regionais observadas podem representar padrões diferentes de mortalidade, relacionadas com a aceitação cultural da violência contra a mulher e sua ocorrência. Entretanto, nas macrorregiões com as taxas mais elevadas, também foram observadas taxas um pouco menores, em alguns estados. Isto pode ser atribuído tanto à menor ocorrência dos óbitos *per se*, como também a alguns fatores relacionados à qualidade e à cobertura do SIM, que podem resultar em subestimação das taxas. São reconhecidas as diferenças na qualidade da informação do registro de mortalidade entre as UFs (Alazraqui *et al.*, 2012). Deficiências na cobertura e na qualidade do sistema podem contribuir para explicar o achado de que alguns estados localizados nas regiões Nordeste e Norte, como Piauí, Maranhão e Amazonas, tenham apresentado taxas inferiores às dos demais estados destas regiões. Vasconcelos (2000), ao estudar a qualidade da informação do SIM, classificou os estados do Piauí e Maranhão na categoria “muito deficiente”.

O fato de que as características dos óbitos estudados foram comparáveis àquelas dos casos de violência contra a mulher notificados ao Viva (Brasil, 2010) reforça a validade deste estudo e corrobora a suposição de que grande parte dos óbitos de mulheres por agressões têm relação com situações de violência doméstica e familiar. Do total de notificações ao Viva em 2008, a maior parte das mulheres vítimas de violência era jovem (51,2% de 20-39 anos). Em 75,9% dos casos de violência contra a mulher, os agressores foram familiares e conhecidos, e aproximadamente 39,7% das mulheres indicaram ter sofrido violência de repetição, enquanto entre os homens este percentual

foi de 26,3% (Brasil, 2010). A ocorrência de mais de um terço dos óbitos em finais de semana também coincide com o perfil dos casos de violência notificados ao Viva, segundo o qual as maiores proporções de atendimento foram observadas aos sábados (15,4%) e aos domingos – 16,7% (Brasil, 2010). O maior uso de bebidas alcoólicas é um fator relacionado à maior ocorrência de episódios de violência contra a mulher em finais de semana, como verificado em outros tipos de violência (Krug *et al.*, 2002).

A relação entre consumo abusivo de álcool e violência doméstica é amplamente conhecida e documentada (Devries *et al.*, 2014). 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 duas vezes no risco de feminicídio ou tentativa de feminicídio, após ajuste para variáveis demográficas (Sharps *et al.*, 2001). Não obstante, o uso do álcool é apenas um fator contribuinte em uma complexa rede causal.

As mortes de mulheres por agressões podem ser comparadas à “ponta do *iceberg*”, uma vez que a violência contra a mulher tem magnitude muito maior e compreende uma ampla gama de atos, desde a agressão verbal e outras formas de abuso emocional até a violência física ou sexual. O “lado submerso do *iceberg*” esconde um mundo de violências não declaradas, especialmente a violência rotineira contra mulheres no espaço do lar. Essa violência, que tende a ser tratada como natural, ou mesmo considerada aceitável em algumas situações, decorre das relações assimétricas de gênero, nas quais a mulher ocupa posição inferior (Aquino *et al.*, 1991). Além disso, não obstante o fato de a violência fazer parte do cotidiano de milhões de mulheres, muitas vezes, a violência contra a mulher é considerada invisível, ou tratada como algo restrito à esfera familiar (Dantas-Berger e Giffin, 2005).

Estima-se que, no mundo, 35% das mulheres já tenham sofrido violência física e/ou sexual perpetrada por parceiro íntimo ou violência sexual por não parceiro (OMS, 2013a). No Brasil, o *Anuário de Segurança Pública 2013* (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2013) destacou que, em 2012, a ocorrência de estupros ultrapassou a de homicídios, alcançando 26,1 ocorrências por 100 mil habitantes, ou 50.617 estupros registrados no país. Pesquisa encomendada pela SPM, em 2013, revelou que 54% dos entrevistados declararam conhecer pelo menos uma mulher que havia sido agredida por um parceiro e 56% afirmaram conhecer pelo menos um homem que havia agredido uma parceira. Ainda, 89% e 88% dos entrevistados consideraram que, nos últimos cinco anos, houve

aumento, respectivamente, das agressões e dos assassinatos de mulheres por parceiros ou ex-parceiros e 85% consideraram que a Justiça não pune adequadamente os assassinos das parceiras (Instituto Patrícia Galvão, 2013). Pesquisa do Data Senado, também em 2013, constatou que 19% da população feminina com 16 anos ou mais de idade havia sofrido algum tipo de agressão por parceiro íntimo (Brasil, 2013d). Pesquisa do Instituto Avon e do Datapopular, realizada no mesmo ano, revelou que mais da metade dos homens admitiu que já havia cometido alguma ação considerada violência contra a mulher, como xingar, empurrar, humilhar em público ou ameaçar com palavras (Instituto Avon, 2013).

Esses dados são reflexo da marcante desigualdade de gênero existente no Brasil. Segundo dados do Censo Demográfico 2010, 51% da população brasileira era feminina. Porém grande parte das mulheres possuíam baixa escolaridade e baixa renda. Embora a taxa de analfabetismo entre maiores de 15 anos de idade fosse inferior entre as mulheres (9,1%) em relação aos homens (9,8%), o rendimento médio das mulheres com 10 anos ou mais de idade era próximo ao salário mínimo vigente, equivalente a pouco mais da metade do rendimento médio dos homens (IBGE, 2011). Na política, apesar de uma mulher estar na presidência da República, a representação é ainda muito desigual. Nas eleições de 2010, as mulheres ocuparam apenas 11,7% do total dos cargos. No Congresso Nacional, as mulheres ocupavam menos de 10% das vagas (Brasil, 2013b). Essa situação contribuiu para que o Brasil ocupasse, em 2013, a 62ª posição no *ranking* de igualdade de gênero, segundo o relatório do Fórum Econômico Mundial (World Economic Forum, 2013).

Diante disso, reforça-se a necessidade de aprovação de outros PLs apresentados no relatório da CPMI sobre violência contra a mulher. Entre estes, destaca-se o Projeto de Lei do Senado nº 298/2013, que propõe a criação do Fundo Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, fundamental para o financiamento de ações de enfrentamento, como a ampliação e a capacitação da rede de atendimento às vítimas, a realização de campanhas educacionais e a implementação de programas de assistência jurídica. A disponibilidade de recursos poderia viabilizar a implementação de medidas previstas na própria Lei Maria da Penha em um número maior de municípios brasileiros.

Contudo, tanto a experiência brasileira quanto a de outros países revela que a criação de leis deve ser parte de um conjunto de políticas e ações que efetivamente possam promover avanços no enfrentamento da violência contra a mulher. Segundo a ONU Mulheres, alterar leis não é suficiente para trazer justiça às mulheres.

A impunidade ante os abusos aos direitos das mulheres está frequentemente inserida em um contexto de falha de responsabilização por parte dos órgãos públicos. Ainda de acordo com a ONU Mulheres, “é provável que a atuação do sistema jurídico sofra dos problemas associados à má prestação dos serviços, incluindo a corrupção e a falta de acesso, que podem transformar as garantias legais de igualdade de direitos em uma farsa” (Unifem, 2009, p. 76).

A violência contra a mulher é um fenômeno global. Em muitos países, além das desvantagens sociais e econômicas, as mulheres também sofrem com leis discriminatórias e vieses de gênero nos processos envolvendo casos de violência, particularmente entre parceiros íntimos. O empoderamento das mulheres e a igualdade de gênero na vida pública, política, econômica e social estão fortemente associados com a boa governança, o Estado de direito e a paz. O combate à violência contra a mulher e a igualdade de gênero são temas que estão sendo debatidos em diversas instâncias internacionais para inclusão nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável pós-2015 da Organização das Nações Unidas (OWG, 2014; García-Moreno *et al.*, 2015). Essas questões podem ser incorporadas como alvos em diversas metas de desenvolvimento, ou como uma meta específica. Caso esta intenção seja aprovada pela Assembleia das Nações Unidas, espera-se que ocorram mudanças bastante positivas na situação das mulheres no mundo e, conseqüentemente, no desenvolvimento social global.

Existem evidências de que a violência contra a mulher em países de baixa e média renda, como o Brasil, pode ser prevenida por meio de intervenções direcionadas aos principais fatores que motivam essa violência, que são as relações desiguais de poder entre os gêneros e a forma como estas desigualdades conformam atitudes, normas e comportamentos, tanto individuais quanto coletivos. Ainda, as evidências mostram que mudanças em atitudes e comportamentos podem ser alcançadas em períodos de tempo mais curtos que uma geração, caso sejam adotados modelos de intervenção adequados, que incluem a liderança do setor de saúde na prevenção primária da violência contra a mulher (Michau *et al.*, 2015; Jewkes, Flood e Lang, 2015; Ellsberg *et al.*, 2015).

Nesse sentido, considera-se louvável a iniciativa do Congresso Nacional, que, em janeiro de 2014, instituiu a Comissão Permanente Mista de Combate à Violência contra a Mulher, com funcionamento previsto até 2026, com o objetivo de diagnosticar as lacunas existentes nas ações e serviços para a segurança das mulheres, propor medidas para políticas de enfrentamento à violência contra mulheres, enfim, ser um fórum de discussão de políticas públicas para mulheres (Brasil, 2014).

Este estudo contribui para desvelar a relativa invisibilidade do problema da violência contra a mulher no Brasil, por meio da divulgação de dados atuais sobre a mortalidade de mulheres por agressões. Conclui-se que a magnitude desta mortalidade foi elevada em todas as regiões e UFs brasileiras e que o perfil dos óbitos é, em grande parte, compatível com situações relacionadas à violência doméstica e familiar contra a mulher. Essa situação é preocupante, uma vez que estas mortes, que são completamente evitáveis, abreviam as vidas de muitas mulheres jovens, causando perdas inestimáveis, além de acarretar consequências potencialmente adversas para as famílias e a sociedade. Destaca-se a necessidade de reforço às ações previstas na Lei Maria da Penha, assim como a adoção de outras medidas voltadas ao enfrentamento da violência contra a mulher, à efetiva proteção das vítimas e à redução das desigualdades de gênero no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALDRIDGE, M. L.; BROWNE, K. D. Perpetrators of spousal homicide: a review. **Trauma, Violence & Abuse**, v. 4, n. 3, p. 265-276, July 2003.

ALAZRAQUI, M. *et al.* Calidad de los sistemas de información de mortalidad por violencias en Argentina y Brasil – 1990-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3279-3287, dic. 2012.

AQUINO, E. M. L. *et al.* Mortalidade feminina no Brasil: sexo frágil ou sexo forte? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 2, p. 174-189, jun. 1991.

BRASIL. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do Art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 2006. Disponível em: <<http://goo.gl/cdZrGS>>.

_____. 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>>.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes**, 2008 e 2009. Brasília: MS, 2010.

_____. Presidência da República. Lei Maria da Penha já gerou mais de 350 mil medidas protetivas e mais de 860 mil procedimentos judiciais. **Secretaria de Políticas para as Mulheres**, Brasília, 27 set. 2013a. Disponível em: <<http://goo.gl/cj3zta>>. Acesso em: 30 set. 2013.

_____. **Relatório anual socioeconômico da mulher 2013**. Brasília: SPM, nov. 2013b. Disponível em: <<http://goo.gl/jBPgMK>>.

_____. Senado Federal. **Relatório da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito** – com a finalidade de investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência. Brasília, 2013c. Disponível em: <<http://goo.gl/iEyPve>>. Acesso em: 3 set. 2013.

_____. Violência doméstica e familiar contra a mulher – pesquisa de opinião pública nacional. **DataSenado**, 2013d. Disponível em: <<http://goo.gl/g3EvuQ>>. Acesso em: 11 dez. 2013.

_____. Resolução n. 1, de 2014-CN. Dispõe sobre a criação da Comissão Permanente Mista de Combate à Violência contra a Mulher. Brasília: Congresso Nacional, 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/5b3JKM>>.

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, p. 1089-1097, July 2003.

CARDOSO, M. P.; FAÚNDES, A. Mortalidade de mulheres em idade fértil devido a causas externas no município de Cascavel, Paraná, Brasil, 1991 a 2000. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2241-2248, out. 2006.

CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: CNS, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/k8y5xU>>.

CUNHA, C. C.; CAMPOS, D.; FRANÇA, E. B. Uso da busca ativa de óbitos na avaliação do sistema de informações sobre mortalidade em Minas Gerais, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 3, p. 275-286, set. 2011.

DANTAS-BERGER, S. M.; GIFFIN, K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 417-425, abr. 2005.

DEVRIES, K. M. *et al.* Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. **Addiction**, v. 109, n. 3, p. 379-391, Mar. 2014.

DUGAN, L.; ROSENFELD, R.; NAGIN, D. S. Domestic violence legislation: exploring its impact on the likelihood of domestic violence, police involvement, and arrest. **Criminology & Public Policy**, v. 20, n. 2, p. 283-312, Mar. 2003.

ECKHARDT, K.; PRIDEMORE, W. A. Differences in female and male involvement in lethal violence in Russia. **Journal of Criminal Justice**, v. 37, n. 1, p. 55-64, Jan./Feb. 2009.

ELLSBERG, M. *et al.* Prevention of violence against women: what does the evidence say? **The Lancet**, v. 385, n. 9978, p. 1555-1566, 25 Apr. 2015.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário brasileiro de segurança pública 2013**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/WAbXE7>>.

FRIAS, P. G. *et al.* Sistema de informações sobre mortalidade: estudo de caso em municípios com precariedade dos dados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2257-2266, out. 2008.

GARCIA, L. P. *et al.* Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas de acidentes e violências atendidas em serviços de urgência e emergência. **Cadernos de Saúde Pública**, 2016. No prelo.

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. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 383-394, set. 2013.

GARCIA, L. P. *et al.* Estimativas corrigidas de feminicídios no Brasil, 2009 a 2011. **Panamericana de Salud Publica**, v. 37, n. 4/5, p. 251-257, jun. 2015.

GARCÍA-MORENO, C. *et al.* Addressing violence against women: a call to action. **The Lancet**, v. 385, n. 9978, p. 1685-1695, 25 Apr. 2015.

GARTNER, R. *et al.* Woman killing: intimate femicide in Ontario, 1974-1994. **Resources for Feminist Research**, v. 26, n. 3/4, p. 151, 1998.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**: características da população e dos domicílios. Resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

INSTITUTO AVON. Percepções dos homens sobre a violência doméstica contra a mulher. Brasil: Instituto Avon; Data Popular, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/iaRrU7>>.

INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO. Percepção da sociedade sobre violência e assassinatos de mulheres. **Caderno Campanha Compromisso e Atitude**, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/mUtr9d>>.

JEWKES, R.; FLOOD, M.; LANG, J. From work with men and boys to changes of social norms and reduction of inequities in gender relations: a conceptual shift in prevention of violence against women and girls. **The Lancet**, v. 385, n. 9978, p. 1580-1589, 25 Apr. 2015.

JOHNSON, H.; HOTTON, T. Losing control: homicide risk in estranged and intact intimate relationships. **Homicide Studies**, v. 1, n. 7, p. 58-84, Feb. 2003.

KRUG, E. G. *et al.* **World report on violence and health**. Geneva: WHO, 2002.

LEITES, G. T.; MENEGHEL, S. N.; HIRAKATA, V. N. Homicídios femininos no Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 642-653, jul./set. 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/oprssz>>.

MATOS, S. G. E.; PROIETTI, F. A.; BARATA, R. C. B. Confiabilidade da informação sobre mortalidade por violência em Belo Horizonte, MG. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 76-84, 2007.

MCFARLANE, J. *et al.* Stalking and intimate partner femicide. **Homicide Studies** v. 3, n. 4, p. 300-316, Nov. 1999.

MELLO-JORGE, M. H. P.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. L. D. O sistema de informações sobre mortalidade – SIM: concepção, implantação e avaliação. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde; OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Org.). **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**: produção e disseminação sobre saúde no Brasil. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. v. 1. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MENEGHEL, S. N.; HIRAKATA, V. N. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 564-574, jun. 2011.

MICHAU, L. *et al.* Prevention of violence against women and girls: lessons from practice. **The Lancet**, v. 385, p. 1672-1684, Apr. 2015.

MENEGHEL, S. N. *et al.* Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 691-700, mar. 2013.

OACNUDH – ESCRITÓRIO REGIONAL PARA A AMÉRICA CENTRAL DO ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS DIREITOS HUMANOS. **Modelo de protocolo latino-americano para investigação de mortes violentas de mulheres** (femicídios/feminicídios). Brasil: OACNUDH, 2014.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação internacional de doenças**: décima revisão (CID-10). 8. ed. São Paulo: Edusp, 2008. v. 2.

_____. **Global and regional estimates of violence against women**: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: OMS, 2013a.

_____. **Understanding and addressing violence against women**. Geneva: OMS, 2013b.

_____. **Responding to intimate partner violence and sexual violence against women**: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: OMS, 2013c.

OWG – OPEN WORKING GROUP ON SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS. TST Issues brief: conflict prevention, post-conflict peacebuilding and the promotion of durable peace, rule of law and governance. Session 8, 3-7 Feb. 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/VSWRhq>>.

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

SHARPS, P. W. *et al.* The role of alcohol use in intimate partner femicide. **American Journal on Addictions**, v. 10, n. 2, p. 122-135, 2001.

SMALL ARMS SURVEY. Femicide: a global problem. **Small Arms Survey Research Notes**, n. 14, p. 1-4, Feb. 2012.

SOUZA, E. R. *et al.* Morbimortalidade de homens jovens brasileiros por agressão: expressão dos diferenciais de gênero. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, dez. 2012.

STÖCKL, H. *et al.* The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. **The Lancet**, v. 382, n. 9895, p. 859-865, Sept. 2013.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Busca ativa de óbitos e nascimentos no Nordeste e na Amazônia Legal: estimação das coberturas do SIM e do Sinasc nos municípios brasileiros. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2010**: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: MS, 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/FvDAI3>>.

UNIFEM – FUNDO DE DESENVOLVIMENTO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A MULHER. **Progresso das mulheres no mundo 2008/2009**: quem responde às mulheres? Gênero e responsabilização. Brasília: Unifem, 2009.

UN – UNITED NATIONS. **Declaration on the elimination of violence against women**. New York: General Assembly, 1993.

VASCONCELOS, A. M. N. Qualidade das estatísticas de óbitos no Brasil: uma classificação das Unidades da Federação. Belo Horizonte: Abep, 2000. Disponível em: <<http://goo.gl/d3Znhd>>.

VICENTIM, A. A trajetória jurídica internacional até formação da lei brasileira no caso Maria da Penha. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, n. 80, set. 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/IautLa>>.

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>>.

VILLELA, W. V. *et al.* Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 113-123, 2011.

WASELFSZ, J. J. **Mapa da Violência 2012** – Atualização: homicídio de mulheres no Brasil. Rio de Janeiro/São Paulo: Flacso, 2012.

WEF – WORLD ECONOMIC FORUM. **The global gender gap report 2013**. Geneva: WEF, 2013.

ANEXO

Taxas de mortalidade corrigidas e características dos óbitos de mulheres por agressões – Brasil e Unidades da Federação (2011-2013)

TABELA A.1

Unidade da Federação	Taxa média anual corrigida de mortalidade por 100 mil mulheres	Número absoluto de óbitos corrigido	Média anual do número absoluto de óbitos corrigido	Média mensal do número absoluto de óbitos corrigido	Média diária do número absoluto de óbitos corrigido	Óbitos de mulheres de 20 a 39 anos (%)	Óbitos de mulheres negras (%)	Óbitos que ocorreram no domicílio (%)	Óbitos por arma de fogo (%)	Óbitos que ocorreram em final de semana (%)
Santa Catarina	3,2	308	102,6	8,6	0,3	53,6	14,2	40,9	37,9	28,6
Piauí	3,3	161	53,8	4,5	0,1	51,6	84,6	36,3	40,0	34,4
São Paulo	3,3	2.167	722,2	60,2	2,0	49,5	36,2	29,5	31,3	32,6
Rio Grande do Sul	4,5	749	249,7	20,8	0,7	52,1	14,4	35,9	55,0	30,6
Maranhão	5,2	533	177,6	14,8	0,5	58,1	84,1	32,4	39,9	38,6
Distrito Federal	5,7	240	79,9	6,7	0,2	59,1	82,6	15,5	52,8	40,9
Paraná	5,9	965	321,8	26,8	0,9	51,7	20,9	30,4	48,3	38,3
Minas Gerais	6,2	1.903	634,3	52,9	1,7	54,9	65,1	29,6	47,8	37,5
Rio de Janeiro	6,1	1.553	517,6	43,1	1,4	49,6	62,8	23,5	49,2	32,3
Mato Grosso do Sul	6,5	246	81,9	6,8	0,2	52,2	54,6	38,4	31,4	34,5
Acre	6,6	75	25,1	2,1	0,1	48,5	87,1	37,9	27,3	45,5
Rio Grande do Norte	6,5	328	109,3	9,1	0,3	53,5	77,1	32,6	57,0	33,0
Amazonas	6,8	368	122,8	10,2	0,3	49,3	77,7	26,5	39,7	40,3
Sergipe	6,6	217	72,2	6,0	0,2	50,9	85,1	27,7	50,9	39,0
Ceará	6,9	919	306,4	25,5	0,8	53,2	80,2	18,2	67,2	37,7
Pará	7,2	836	278,7	23,2	0,8	59,1	86,2	25,6	53,4	35,1
Amapá	7,2	76	25,3	2,1	0,1	48,2	87,0	23,2	37,5	46,4
Mato Grosso	7,4	340	113,4	9,5	0,3	57,3	67,4	41,8	37,9	36,8
Pernambuco	7,2	1.005	335,0	27,9	0,9	56,4	90,3	21,6	54,4	36,7
Tocantins	7,7	163	54,3	4,5	0,1	60,9	79,9	45,3	31,2	37,0
Rondônia	8,0	191	63,7	5,3	0,2	54,7	66,9	38,7	43,7	33,8
Paraíba	7,8	466	155,2	12,9	0,4	61,6	90,0	23,7	69,7	32,0
Bahia	1.999	666,4	666,4	55,5	1,8	53,6	89,8	24,9	57,4	38,8
Alagoas	9,1	454	151,2	12,6	0,4	51,1	90,4	20,9	71,9	39,2
Goiás	9,5	897	298,8	24,9	0,8	55,8	73,1	29,6	51,5	35,7
Espírito Santo	9,8	547	182,4	15,2	0,5	53,8	79,9	23,8	64,9	36,7
Roraima	10,4	72	24,1	2,0	0,1	29,6	54,6	53,6	14,3	28,6
Brasil	5,9	17.581	5.860,3	488,4	16,06	53,4	63,9	28,1	49,4	35,7

Elaboração das autoras.

EDITORIAL

Coordenação

Cláudio Passos de Oliveira

Supervisão

Everson da Silva Moura

Reginaldo da Silva Domingos

Revisão

Ângela Pereira da Silva de Oliveira

Clícia Silveira Rodrigues

Idalina Barbara de Castro

Leonardo Moreira Vallejo

Marcelo Araujo de Sales Aguiar

Marco Aurélio Dias Pires

Olavo Mesquita de Carvalho

Regina Marta de Aguiar

Laryssa Vitória Santana (estagiária)

Paulo Ubiratan Araujo Sobrinho (estagiário)

Pedro Henrique Ximendes Aragão (estagiário)

Thayles Moura dos Santos (estagiária)

Editoração

Bernar José Vieira

Cristiano Ferreira de Araújo

Daniella Silva Nogueira

Danilo Leite de Macedo Tavares

Jeovah Herculano Szervinsk Junior

Leonardo Hideki Higa

Raul Vinicius Fernandes Gonçalves (estagiário)

Capa

Luís Cláudio Cardoso da Silva

Projeto Gráfico

Renato Rodrigues Bueno

The manuscripts in languages other than Portuguese published herein have not been proofread.

Livraria Ipea

SBS – Quadra 1 - Bloco J - Ed. BNDES, Térreo.

70076-900 – Brasília – DF

Fone: (61) 2026-5336

Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Missão do Ipea

Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas.

