

SAÚDE E AMBIENTE

V.7 • N.3 • Abril - 2019

ISSN Digital: 2316-3798

ISSN Impresso: 2316-3313

DOI: 10.17564/2316-3798.2019v7n3p61-74

ORCID: 0000-0002-7779-5126



FEMINICÍDIO NO NORDESTE BRASILEIRO: O QUE REVELAM OS DADOS DE ACESSO PÚBLICO

FEMICIDE IN NORTHEASTERN BRAZIL:
WHAT TO REVEAL THE PUBLIC ACCESS DATA

FEMICIDIO EN EL NORDESTE BRASILEÑO: LO QUE REVELAN LOS
DATOS DE ACCESO PÚBLICO

Jefferson Felipe Calazans Batista¹
José Hinaldo de Oliveira Júnior²
Juliana de Oliveira Musse³

RESUMO

O feminicídio é um problema multifatorial que acomete várias pessoas no mundo. O estudo teve como proposta caracterizar o feminicídio no Nordeste do Brasil. O estudo possui caráter descritivo, com abordagem quantitativa e é caracterizada como ecológico. Utilizaram-se dados secundários de acesso público disponíveis Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pode-se constatar que no ano de 2016, no Nordeste, 6.578 mulheres morreram por causas externas, sendo 1.435 (22,6%) somente por homicídio. É consenso na literatura que regiões que são marcadas por desigualdades socioeconômicas, possuem relação diretamente proporcional com os elevados casos de feminicídio e que algumas características comuns entre as vítimas funcionam como fatores de risco. Infere-se, portanto, que as mulheres jovens, pardas, com baixa escolaridade e solteiras são mais suscetíveis a serem agredidas, tendo a morte o desfecho extremo e, mesmo diante da proteção da Lei Maria da Penha, apenas dois estados do Nordeste conseguiram, em 2016, diminuir infimamente os casos de feminicídio.

PALAVRAS-CHAVE

Mulheres. Homicídio. Violência contra a mulher. Vítimas de crime. Violência de gênero

ABSTRACT

Femicide is a multifactorial problem that affects many people in the world. The study aimed to characterize femicide in the Brazilian Northeast. It has a descriptive character, with a quantitative approach and is characterized as ecological. Secondary data of public access were available from the Department of Informatics of the Brazilian Unified Health System (DATASUS) and the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). It can be seen that in the year of 2016, in the Northeast, 6,578 women died from external causes, of which 1,435 (22.6%) were homicide only. It is a consensus in the literature that regions that are marked by socioeconomic inequalities have a relationship directly proportional to the high cases of femicide and that some common characteristics among the victims function as risk factors. It is inferred, therefore, that young, brown, low-educated and single women are more likely to be beaten, with death being the extreme outcome, and even under the protection of the Maria da Penha Law, only two Northeastern states succeeded, in 2016, to reduce infantile cases of femicide.

KEYWORDS

Women. Murder. Violence against women. Victims of crime. Gender violence.

RESUMEN

El femicidio es un problema multifactorial que afecta a varias personas en el mundo. El estudio tuvo como propuesta caracterizar el femicidio en el Nordeste brasileño. El mismo posee carácter descriptivo, con abordaje cuantitativo y se caracteriza como ecológico. Se utilizaron datos secundarios de acceso público disponibles Departamento de Informática del Sistema Único de Salud de Brasil (DATASUS) e Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE). Se puede constatar que en el año 2016, en el Nordeste, 6.578 mujeres murieron por causas externas, siendo 1.435 (22,6%) solamente por homicidio. Es consenso en la literatura que regiones que están marcadas por desigualdades socioeconómicas, poseen relación directamente proporcional con los elevados casos de femicidio y que algunas características comunes entre las víctimas funcionan como factores de riesgo. Por lo tanto, se infiere que las mujeres jóvenes, pardas, con baja escolaridad y solteras son más susceptibles a ser agredidas, teniendo la muerte el desenlace extremo y, incluso ante la protección de la Ley Maria da Penha, apenas dos estados del Nordeste lograron, en 2016, disminuir de forma infructuosa los casos de femicidio.

PALABRAS CLAVE

Mujeres. Asesinato. Violencia contra la mujer. Víctimas del crimen. Violencia de género.

1 INTRODUÇÃO

A violência é caracterizada como uma ação de grande escala que envolve uso de força física ou abuso de poder para outro indivíduo ou comunidade, que ocasione qualquer tipo de dano físico, espiritual ou psicológico (WHO, 1996; BRASIL, 2009). Quando um ato violento interpessoal resulta em morte, este é denominado de homicídio (SANTOS; CORDEIRO, 2017).

Segundo o Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência -2014 (WHO, 2015), no ano de 2012, 475 mil pessoas foram vítimas de homicídio em todo o mundo, resultando na taxa de 6,7 mil para cada 100 mil habitantes. No Brasil, a cada nove minutos uma pessoa morre vítima de violência, isso reflete em cerca de 58.467 mortes intencionais somente em 2015, incluindo homicídio doloso, latrocínio e agressões seguidas de morte (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2016).

A mulher é considerada a principal vítima de violência de gênero frente a um conceito discriminatório e sexista pré-formulado pela sociedade. Além disso, vem de uma cultura cujo modelo é patriarcal, no qual o homem é o centro da razão, o ser dominador. Essa maneira androcêntrica de pensar ainda perpetua dentro da sociedade, sendo a mulher menosprezada e diminuída diante as relações sociais, o que colabora para a vulnerabilização da mesma (GOMES *et al.*, 2016).

O termo feminicídio é utilizado para caracterizar o assassinato de mulheres, pela questão de gênero. Geralmente, acontece após uma agressão sexual, psicológica ou qualquer outra ação ameaçadora da dignidade da mulher, seja ela cometida por pessoas conhecidas ou não. Sendo assim, caracteriza-se como feminicídio íntimo, não íntimo, e com ou sem violência sexual (MENEGHEL *et al.*, 2017).

A violência contra a mulher tem dados alarmantes, assumindo proporções a nível mundial estatisticamente. A cada ano 25 mil mulheres são violentadas sexualmente de acordo com o relatório da Anistia Internacional, na França, gerando alto índice de mortalidade (SILVA *et al.*, 2013). No ano de 2012 foi constatado a taxa total de 2,5 mortes para cada 100 mil mulheres de todas as idades, sendo a faixa etária de 15-29 anos a mais acometida (3,2/100 mil). Neste contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e outras entidades, em 2013, estimaram que 38% dos assassinatos ocorridos contra mulheres foram praticados por parceiros do sexo masculino, enquanto homens apresentaram somente 6% dos assassinatos por mulheres (BUTCHART; MIKTON, 2014).

Nos últimos 35 anos, no Brasil, evidenciou-se uma taxa padronizada de 5,13 mortes violentas para cada 100 mil mulheres. Nas regiões do país, o Centro-Oeste aparece na liderança com 7,98 mortes, seguido pelo Sudeste com 4,78, Norte com 4,77, Nordeste com 4,05 e Sul com 3,82 óbitos de mulheres, tendo como principal meio para a realização do ato a utilização de armas de fogo, posteriormente armas brancas, seguido por estrangulamento (SOUZA *et al.*, 2017).

O feminicídio é uma realidade presente em muitos países no mundo, atinge mulheres de todas as idades e é um problema multifatorial. Nesse sentido, a presente pesquisa teve como proposta caracterizar o feminicídio no estado do Nordeste no ano de 2016, tendo como referência a análise dos dados presentes no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), fazendo uma comparação entre as taxas de mortalidade dos estados.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, de abordagem quantitativa, do tipo ecológico, utilizando dados secundários de acesso público disponíveis no DATASUS e no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Este tipo de estudo possibilita identificar fatores inerentes ao feminicídio na região nordeste e dessa forma fomentar o levantamento de hipóteses relacionadas ao tema que merecem uma investigação mais detalhada, através da execução de estudo com maior capacidade analítica. Foram analisados os dados de óbitos por causas externas no Nordeste, utilizando os dados mais atuais e completos disponíveis na plataforma DATASUS na ocasião desta pesquisa, sendo estes referentes ao ano de 2016. Desta forma, os dados estão contidos no capítulo XX Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID-10). Foram considerados como homicídio todas as mortes por causas externas contidas no intervalo X85-Y09 da CID-10 em mulheres.

As demais causas de morte com causa básica, as contidas nos intervalos V01-X59 (Acidentes), X60-X84 (Lesões autoprovocadas voluntariamente), Y35-Y36 (Intervenções legais e operações de guerra), Y40-Y84 (Complicações de assistência médica e cirúrgica), Y85-Y89 (Sequelas de causas externas de morbidade e de mortalidade), Y90-Y98 (Fatores suplementares relacionados com outras causas de morbidade e de mortalidade) e Y10-Y34 (Eventos cuja intenção é indeterminada), serão consideradas apenas como grupo de comparação.

O estudo avaliou, ainda, a associação entre o homicídio e as variáveis: idade (15-80 anos e mais); escolaridade (em anos: 0 a 3; 4 a 7; 8 a 12 ou mais); local da ocorrência (via pública, domicílio, hospital, outro estabelecimento de saúde, outros); raça/cor (parda, amarela, indígena, preta, branca); e estado civil (solteira, casada, viúva, separada judicialmente). Calculou-se a Taxa de Mortalidade Padronizada por Idade (TMPI), nos estados nordestinos: Sergipe, Pernambuco, Bahia, Alagoas, Paraíba, Rio Grande do Norte, Ceará, Maranhão e Piauí, em dois pontos temporais 2006 e 2016 para fins comparativos. Utilizou-se como cálculo padrão o método direto, desta forma a população feminina brasileira (de 15 a mais de 80 anos), segundo o censo de 2010 do IBGE, foi empregada como população padrão. Foram calculadas, também, as medidas de frequência absoluta e relativa a fim de identificar as variáveis predominantes associadas ao desfecho.

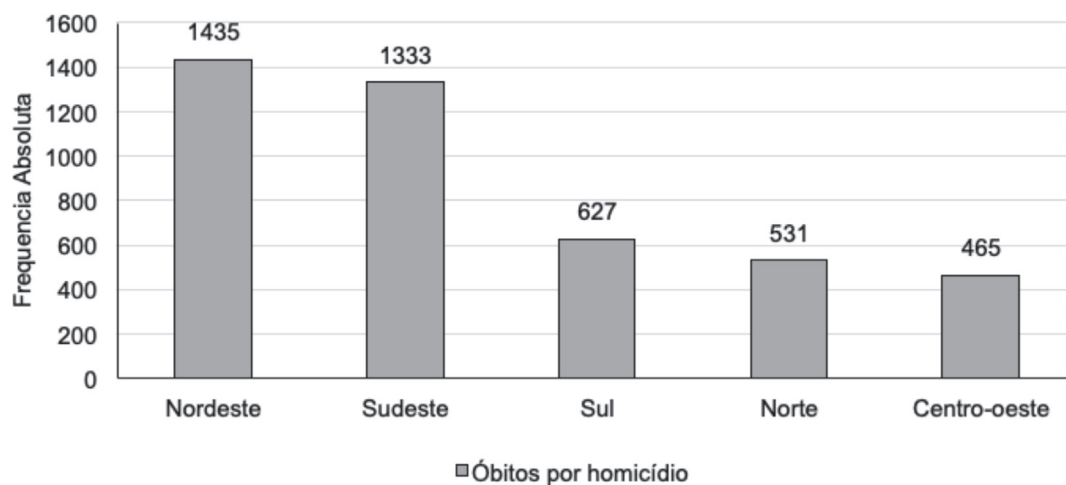
É importante destacar que por se tratar de uma pesquisa de natureza quantitativa, com resultados expressos em números e permeado com a objetividade, as análises obtidas a partir do processo de avaliação dos dados não permitem conclusões absolutas quanto a caracterização do feminicídio nos estados nordestinos, tendo em vista que a violência é um problema multifatorial e complexo, entretanto, nos permite realizar um primeiro diagnóstico do objeto do estudo a ser avaliado.

Vale ressaltar que por utilizar dados secundários de acesso público, não foi necessário submeter a pesquisa para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

3. RESULTADOS

Em 2016, no Brasil, ocorreram 4.391 casos de homicídios de mulheres, sendo a região Nordeste a que apresentou o maior indicador e o Centro-Oeste o menor (Figura 1).

Figura 1 – Índice de feminicídio entre as regiões do Brasil, 2016.



Fonte: DATASUS, 2016.

No que concerne ao perfil das vítimas no Nordeste, observou-se que as mulheres mais acometidas se encontravam na faixa etária de 15 a 29 anos e de 30 a 49 anos, eram predominantemente da raça/cor parda e branca, com até sete anos de estudo formal e solteiras. Em relação ao local da ocorrência, verificou-se a predominância nas vias públicas, seguido pelas mortes em domicílio (Tabela 1).

Tabela 1 - Características das vítimas de homicídio e demais causas externas no Nordeste, 2016.

Características das vítimas	Homicídiosa		Demais causas externas ^b	
	N	%	N	%
	1435	22,6	5143	78,2
Faixa etária (anos)				
15-29	655	45,6	846	16,4
30-49	562	39,2	1166	22,7
50-69	160	11,1	1119	21,8
70 ou mais	50	3,5	2111	41,0
Ignorado	8	0,6	12	0,2
Raça/cor				
Parda	1099	76,6	3256	63,3
Preta	85	5,9	245	4,8
Branca	158	11,0	1270	24,7
Outros	4	0,3	22	0,4
Ignorado	89	6,2	350	6,8
Escolaridade (em anos de estudo)				
Nenhuma	75	5,2	910	17,7
1-7	691	48,2	1923	37,4
8-11	252	17,6	836	16,3
12 ou mais	52	3,6	306	5,9
Ignorado	365	25,4	1168	22,7
Estado civil				
Solteira	982	68,4	2096	40,8
Casada	167	11,6	1020	19,8
Viúva	46	3,2	1166	22,7

Características das vítimas	Homicídiosa		Demais causas externas ^b	
	N	%	N	%
	1435	22,6	5143	78,2
Outros	126	8,8	386	7,5
Ignorado	114	7,9	475	9,2
Local da ocorrência				
Hospital	296	20,6	2904	56,5
Domicílio	407	28,4	907	17,6
Via pública	508	35,4	891	17,3
Outros	218	15,2	437	8,5
Ignorado	6	0,4	4	0,1

Fonte: DATASUS, 2016.

- a) Homicídios: intervalo X85-Y09 da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID-10).
b) Demais causas externas: intervalos V01-X59, X60-X84, Y35-Y36, V01-X59, Y85-Y89, Y90-Y98 e Y10-Y34 da CID-10.

Quanto aos tipos de armas utilizadas para a prática do homicídio, destacou-se a arma de fogo e objetos penetrantes. O uso das armas de fogo aconteceu predominantemente no domicílio, enquanto que os objetos penetrantes em vias públicas (Tabela 2).

Tabela 2 – Relação das principais armas utilizadas para a prática do homicídio, segundo sexo e local de ocorrência no Nordeste, 2016.

Tipo de agressão	Local da ocorrência									
	Hospital		Via Pública		Domicílio		Outros/ Ignorados		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo Feminino										
Enforcamento / Afogamento	2	0,7	31	7,6	10	2,0	11	4,9	54	3,8

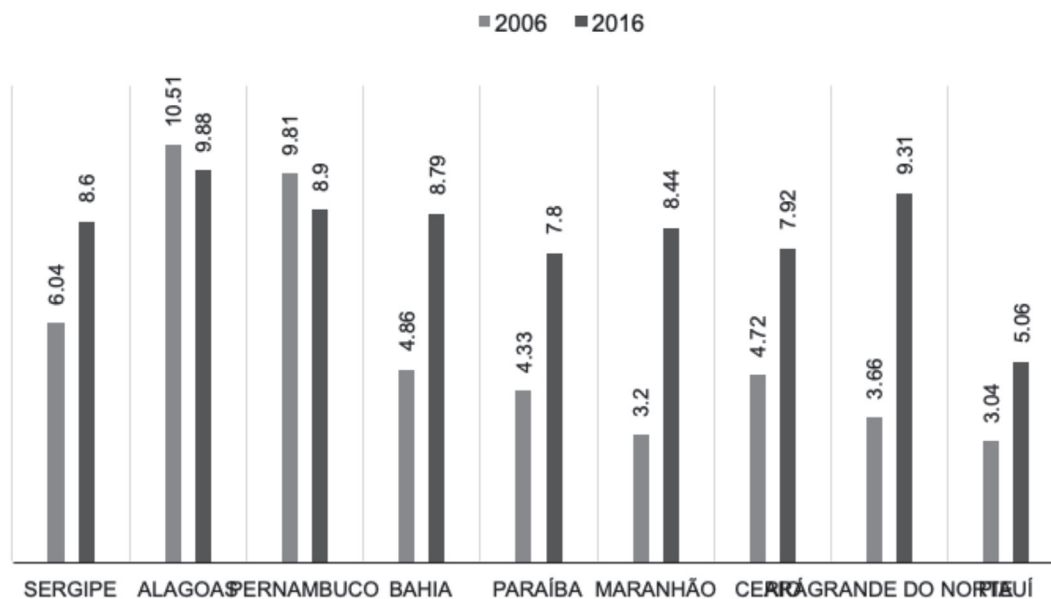
Tipo de agressão	Local da ocorrência									
	Hospital		Via Pública		Domicílio		Outrosa/ Ignorados		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Arma de fogo	163	55,1	202	49,6	360	70,9	126	56,3	851	59,3
Objeto penetrante	69	23,3	133	32,7	85	16,7	60	26,8	347	24,2
Objeto contundente	23	7,8	26	6,4	32	6,3	17	7,6	98	6,8
Outras agressões	39	13,2	15	3,7	21	4,1	10	4,5	85	5,9

Fonte: DATASUS, 2016.

a) Refere-se às categorias: Outro estabelecimento de saúde e Outros

A Taxa Padronizada de Mortalidade por Idade (TPMI) do Nordeste, no ano de 2016, é de 8,40/100 mil habitantes do sexo feminino. A TMPI do estado de Alagoas mostrou-se a maior dentre os demais estados no ano de 2006 representando 10,51/100 mil mulheres, seguido de Pernambuco com 9,81/100 mil mulheres e Sergipe com 6,04/100 mil mulheres. No ano de 2016, Alagoas apresentou a TMPI de 9,88/100 mil mulheres a frente do Rio Grande do Norte com 9,31/100 mil habitantes, seguido de Pernambuco com 8,90/100 mil habitantes. Os estados com menor TMPI em 2006 foram o Piauí com 3,04/100 mil habitantes e o Maranhão com 3,20/100 mil habitantes, já no ano de 2016 somente o Piauí mostrou-se com menor taxa com 5,03/100 mil habitantes (Figura 2).

Figura 2 – Taxa de Mortalidade Padronizada por Idade (TMPI) nos estados do Nordeste em 2006 e 2016.



Fonte: DATASUS, 2016.

4 DISCUSSÃO

Em uma sociedade marcada por diversas expressões de violência, desigualdade social e econômica, as mulheres se destacam pela desigualdade de gênero dentro de uma cultura machista e autoritária, no qual tem o homem como o possível detentor do poder. Nesse cenário surge o feminicídio como o ato mais extremo e cruel contra a mulher (SOUZA *et al.*, 2017).

Em 2016, no âmbito nacional ocorreram 4.391 casos de feminicídio, caracterizando tal evento como um problema de saúde pública que merece atenção das autoridades governamentais, dos profissionais da saúde e da própria população. Desse total, 32,6% ocorreram na região Nordeste o que reflete em 1.435 mortes de mulheres. É consenso na literatura que a região citada abarca características que contribuem para os elevados casos de feminicídios, como a discrepante desigualdade socioeconômica e a enraizada cultura machista (CAMPOS *et al.*, 2011).

Ao analisar as características das vítimas de homicídio observa-se que as mulheres mais jovens são as mais acometidas, sendo a segunda e a terceira década de vida as que apresentam maior risco para a morte. Em seguida, tem-se a faixa etária de 30 a 49 anos que também apresenta dados bastante expressivos. Dentre essas, a maior proporção dos casos aconteceu entre as mulheres

pardas representando mais de 75% dos homicídios, seguida das mulheres brancas já com um percentual bastante inferior, 11%.

Além disso, quanto ao nível de escolaridade observa-se que quanto menor os anos de estudos, maiores são os riscos para o feminicídio. Cerca de 40% das mulheres vítimas de homicídio estudaram de um a sete anos, em contrapartida aquelas que dedicaram 12 anos ou mais de estudos representam apenas 3,6% dos casos. Na literatura, alguns estudos mostram que o nível de escolaridade é fator que colabora na redução dos casos de feminicídio, uma vez que quanto maior os anos de estudos, mais acesso a informação, e, dessa forma, maiores oportunidades de emprego e independência econômica. A independência econômica contribui para o emponderamento da mulher em desvencilha-se do ciclo da violência que na maior parte das vezes e de âmbito doméstico (NEVES; GARCIA, 2015; ORELLANA *et al.*, 2017).

A maioria das vítimas de feminicídio eram solteiras (68,4%), enquanto que 11,6% eram casadas. Um estudo desenvolvido no Rio Branco/AC, que teve como objetivo comparar a mortalidade de mulheres vítimas de agressão/homicídio, antes e após a implantação da Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006), evidenciou que, dentre as vítimas cujo desfecho não foi a morte, grande parte das mulheres quando indagadas sobre seu estado civil, afirmaram estar em uma relação estável, apesar de se autodeclararam solteiras, uma vez que tal condição não é considerada por elas juridicamente válida (AMARAL *et al.*, 2013).

Neste estudo, observou-se que o local de ocorrência mais frequente para o feminicídio se deu na via pública, no qual representa 35,4% dos óbitos, seguido do domicílio com 28,4%. Embora os dados apontem que as mulheres morrem mais em vias públicas, sabe-se que elas são as principais vítimas de violência doméstica, o que predetermina a existência da violência de gênero dentro do ambiente familiar (GARCIA; SILVA, 2016).

Os agressores aderem à arma de fogo com maior frequência para realizar o homicídio contra a mulher, seguida dos objetos perfurantes. Em relação à utilização de tais objetos, a arma de fogo foi mais utilizada no domicílio, enquanto os objetos perfurantes mais utilizadas nas vias públicas; juntos somam mais de 83% dos meios utilizados para a realização do ato letal. Mesmo no Brasil existindo o Estatuto do Desarmamento - Lei 10.826/03 de 22 de dezembro de 2003, que dispõe sobre registro, posse e comercialização de armas de fogo e munição, algumas pessoas conseguem ter acesso fácil de forma ilegal às armas de fogo, sendo muito utilizada nos casos de homicídio pela sua força de letalidade (PERES; SANTOS, 2005; GARCIA *et al.*, 2015).

É notório o aumento brusco das taxas de mortalidade na maioria dos estados do Nordeste, tendo em vista a diminuição ínfima da taxa nos estados de Alagoas e Pernambuco, isso demonstra que apesar da criação da lei Maria da Penha, que coíbe qualquer tipo de violência contra a mulher, existe uma lacuna entre a teoria e a prática, desde a subnotificação de casos até a dificuldade da implementação de redes de cuidados propriamente ditas para combater a esses infortúnios (MEINHARDT; MAIA, 2015).

Em 2006, Alagoas e Pernambuco apresentaram uma TMPI elevada, sendo eles os estados com a maior taxa de mortalidade entre os demais estados. Observou-se que ao passar de uma década a taxa de mortalidade destes estados diminuíram consideravelmente, mesmo assim ambos mantiveram com altas taxas.

Esses dados não são muito diferentes quando comparadas aos anos 2000, no qual Pernambuco apresentou-se como estado mais violento, seis anos antes da Lei Maria da Penha (BEZERRA *et al.*, 2012).

Alagoas, que ainda se manteve no pódio de estado mais violento do Brasil em 2016, apresentou em 2011 uma taxa total de 8,5 mortes/100 mil habitantes (WASELFSZ, 2013), desta forma pode-se afirmar que a violência contra a mulher e, conseqüentemente, o óbito como desfecho, aumentaram nos últimos sete anos. Apesar das políticas de segurança e proteção para as mulheres, o ato do assassinato ainda é preocupante e presente de maneira massiva na sociedade. Mesmo diante da criação da Lei Maria da Penha em 2006, o número de casos de feminicídio não diminuiu, isso se dá por determinados fatores como a inexistência da implantação de delegacias da mulher em determinados locais, juizados especiais, casas de abrigo, entre outros (CERQUEIRA *et al.*, 2015).

Um estudo realizado em 2011, que avaliou feminicídios entre 2003-2007, aponta que os três estados com maior taxa de mortalidade no Brasil foram Sergipe, Pernambuco e Alagoas corroborando com os dados apresentados nesta pesquisa (MENEGHEL; HIRAKATA, 2011).

No estado do Rio Grande do Norte pôde-se notar um aumento brusco da taxa de mortalidade entre os anos 2006 e 2016, neste meio período, em 2011 o estado apresentou segundo Waiselfisz (2013) uma taxa de mortalidade de 7,5/100 mil mulheres. Desse modo, o aumento do número de mortes, cinco anos após a implementação da Lei Maria da Penha, dobrou intensamente, entendendo-se que a sua operacionalização em relação à violência contra a mulher ainda precisa ser estudada e aprimorada para atingir os resultados que a lei propõe.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou altas taxas de mortalidade por homicídio contra a mulher em todos estados do Nordeste, sendo a maioria das vítimas mulheres jovens, pardas, solteiras e com baixa escolaridade. Além disso, o local mais comum para ocorrência do homicídio foram as vias públicas, seguido do domicílio, mortas principalmente por armas de fogo e objetos penetrantes.

A Lei Maria da Penha, promulgada em 2006, é um avanço na política pública brasileira que oferece proteção as mulheres, porém faz-se necessário analisar as condicionantes que fazem com a lei não seja totalmente efetiva, visto que este estudo comprovou que mesmo após a implementação da lei Maria da Penha as taxas de mortalidade se elevaram consideravelmente. Apenas Alagoas e Pernambuco, após a implementação da lei, tiveram redução mínima dos casos de feminicídio em uma análise de dez anos após a sua criação, enquanto os demais estados elevaram os casos de forma alarmante.

REFERÊNCIAS

AMARAL, N. A. *et al.* Female mortality and years of life lost due to homicide/aggression in a brazilian capital after the Maria da Penha Law was enacted. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 4, p. 980-988, 2013.

BEZERRA, L. J. N. *et al.* A evolução da violência homicida no nordeste brasileiro e no Estado de Pernambuco: fatores socioeconômicos que mais se relacionam com as altas taxas de homicídios. **Contrib Cienc Sociais**, julho, 2012. Disponível em: www.eumed.net/rev/cccss/21/bmm.html> Acesso em: 16 nov 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Por uma Cultura da Paz, a Promoção da Saúde e a Prevenção da Violência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cultura_paz_saude_prevencao_violencia.pdf>. Acesso em: 29 de mar. 2018.

BRASIL. Lei Nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2006.

BUTCHART, A.; MIKTON, C. **Global status report on violence prevention, 2014**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2014.

CAMPOS, M. E. A. L. *et al.* Mortes por homicídio em município da Região Nordeste do Brasil, 2004-2006 a partir de dados policiais. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 20, n. 2, p. 151-159, 2011.

CERQUEIRA, D. *et al.* **Avaliando a efetividade da Lei Maria da Penha**. Rio de Janeiro: IPEA, 2015.

COSTA, M. R. A violência urbana é particularidade da sociedade brasileira? **São Paulo Perspec**, v. 13, n. 4, p. 3-12, 1999.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA - FBSP. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2016**. São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/storage/10_anuario_site_18-11-2016-retificado.pdf>. Acesso em: 29 de mar. 2018.

GARCIA L. P.; SILVA G. B. M. **Mortalidade de mulheres por agressão no Brasil: perfil e estimativas corrigidas (2011-2013)**. Rio de Janeiro: IPEA. 2016.

GARCIA, L. P. *et al.* Estimativas corrigidas de feminicídios no Brasil, 2009 a 2011. **Rev Panam Salud Públ**, v. 37, p. 251-257, 2015.

GAWRYSZEWSKI, V. P. *et al.* Informações sobre homicídios e sua integração com o setor saúde e segurança pública. **Rev Saúde Públ**, São Paulo, v. 39, p. 627-633, ago. 2005.

GOMES, V. R. *et al.* Homicídio de mulheres vítimas de violência doméstica: revisão integrativa. **RECOM**, v. 6, n. 3, p. 2439-2445, 2016.

MEINHARDT, Y. M.; MAIA, G. F. Não é uma rede que flui - da invisibilidade às possibilidades de novos modos de cuidar: a violência contra as mulheres na saúde mental. **Barbarói**, n. 44, v. 2, p. 120-136, 2015.

MENEGHEL, S. N. *et al.* Femicídios: narrativas de crimes de gênero. **Interface (Botucatu)**, v. 17, n. 46, p. 523-533, 2013.

MENEGHEL, S. N. *et al.* Femicídios: estudo em capitais e municípios brasileiros de grande porte populacional. **Ciênc Saúde Col**, v. 22, n. 9, p. 2963-2970, 2017.

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

NEVES, A. C. M.; GARCIA, L. P. Mortalidade de jovens brasileiros: perfil e tendências no período 2000-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 595-606, 2015.

ORELLANA, J. D. Y. *et al.* Fatores associados ao homicídio em Manaus, Amazonas, 2014. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 26, n. 4, p. 735-746, 2017.

PERES, M. F. T.; SANTOS, P. C. Mortalidade por homicídios no Brasil na década de 90: o papel das armas de fogo. **Rev Saúde Públ**, v. 39, n. 1, p. 58-66, 2005.

SANTOS, F. L.; CORDEIRO, R. C. Homicídios na população masculina da Região Metropolitana de São Paulo-Brasil. **Rev Baiana Enferm**, v. 31, n. 4, art. e20263, 2017.

SILVA, C. D. *et al.* Epidemiologia da violência contra a mulher: características do agressor e do ato violento. **Rev Enferm UFPE**, v. 7, n. 1, p. 8-14, 2013.

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

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2013: homicídios e juventude no Brasil**. Brasília: Secretaria-Geral da Presidência da República. 2013.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority**. Geneva: WHO, 1996.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório mundial sobre a prevenção da violência – 2014**. Geneva: WHO, 2015

1 Discente em Enfermagem, Universidade Tiradentes, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: jefferson.lipan@gmail.com

2 Discente em Enfermagem, Universidade Tiradentes, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: hunaldojunior@hotmail.com

3 Professora adjunta, Mestre em Saúde Pública, UFBA, Doutoranda em Saúde e Ambiente, Universidade Tiradentes, Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: julimusse@hotmail.com

Recebido em: 11 de Novembro de 2018

Avaliado em: 5 de Dezembro de 2018

Aceito em: 5 de Dezembro de 2018



A autenticidade desse artigo pode ser conferida no site <https://periodicos.set.edu.br>

Como citar este artigo:

Batista, Jefferson Felipe Calazans; Oliveira Júnior, José Hunaldo; Musse, Juliana de Oliveira. Femicídio no nordeste brasileiro: o que revelam os dados de acesso público. Interfaces Científicas – Saúde e Ambiente, Aracaju, v. 7, n. 3, p. 61-74, abr. 2019. DOI: 10.17564/2316-3798.2019v7n3p61-74



Este artigo é licenciado na modalidade acesso abertosob a Atribuição-Compartilhalgal CC BY-SA

