

## MORTALIDADE FEMININA POR AGRESSÃO: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA NO ESTADO DO MARANHÃO

### FEMALE MORTALITY DUE TO AGGRESSION: AN EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS IN THE STATE OF MARANHÃO

Cynthia Garcia Vieira<sup>1</sup>

Luciane Zanin<sup>2</sup>

Flávia Martão Flório<sup>3</sup>

Jacileide de Jesus da Cruz<sup>4</sup>

**RESUMO:** O presente trabalho tem por objetivo analisar a mortalidade feminina por agressão no estado do Maranhão, bem como a tendência deste perfil após a vigência da Lei do Femicídio, Lei 13.104/2015, no período de 2012 a 2018. A base de dados secundários foi o Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, e Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. As variáveis relacionadas ao perfil da vítima foram idade (>10,< 60); cor da pele (branca, preta, amarela, parda, indígena); causa do óbito; local (hospital ou outro estabelecimento de saúde, domicílio, via pública, outros); Também foram considerados dados socioeconômicos, estado civil, escolaridade, ocupação. Quanto à análise descritiva dos dados, o teste qui-quadrado foi utilizado para comparar o total de casos notificados comparando-os antes e após a implementação da Lei nº 13.104/2015. Quanto à análise da associação das variáveis do estudo, foi aplicado o teste exato de Fisher. As informações obtidas irão fomentar plano de ação para combate a violência contra mulher e ao feminicídio. Os resultados demonstram que neste estado (Maranhão), a maior porcentagem de óbitos foi em mulheres com idades entre 20 e 39 anos (60,2% das mortes no período), que as principais vítimas foram mulheres de cor parda (72,3%) e solteiras (65,5%), o que sugere relação com situações de violência doméstica e familiar contra a mulher.

2148

<sup>1</sup> Mestranda em Saúde Coletiva – Faculdade São Leopoldo Mandic, Campinas - SP. E-mail: cyndygvieira@hotmail.com.

<sup>2</sup> Doutora em Odontologia, área de concentração em Cariologia - Faculdade de Odontologia de Piracicaba-FOP- Unicamp - SP. Professora do Departamento de Saúde Coletiva - Faculdade São Leopoldo Mandic, Campinas - SP. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0218-9313>. E mail: luciane.souza@slmandic.edu.br

<sup>3</sup> Doutora em Odontologia, área de concentração em Cariologia - Faculdade de Odontologia de Piracicaba-FOP- Unicamp- SP. Professora do Departamento de Saúde Coletiva - Faculdade São Leopoldo Mandic, Campinas - SP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7742-0255> E-mail: flavia.florio@slmandic.edu.br.

<sup>4</sup> Mestrado em Saude Coletiva – Faculdade São Leopoldo Mandic, Campinas - SP.

**Palavras-chave:** Mortalidade feminina. Mortes por agressão. Femicídio. Violência.

**ABSTRACT:** This study aims to analyze the female mortality by aggression in the state of Maranhão, as well as the trend of this profile after the Law on Femicide, Law 13.104 / 2015, in the period from 2012 to 2018. The secondary database was the Mortality Information System - SIM, and Informatics Department of the Unified Health System - DATASUS. Variables related to the victim's profile were age (> 10, <60); skin color (white, black, yellow, brown, indigenous); cause of death; location (hospital or other health establishment, home, public road, others); Socioeconomic data, marital status, education, occupation were also considered. As for the descriptive analysis of the data, the chi-square test was used to compare the total number of notified cases, comparing them before and after the implementation of Law No. 13.104/2015. As for the analysis of the association of the study variables, the Fisher's exact test was applied. The information obtained will support an action plan to combat violence against women and femicide. The results show that in this state (Maranhão), the highest percentage of deaths were in women aged between 20 and 39 years (60.2% of deaths in the period), that the main victims were brown (72.3%) and single women ( 65.5%), which suggests a relationship with situations of domestic and family violence against women.

**Keywords:** Female mortality. Deaths from aggression. Femicide. Violence.

## 1 INTRODUÇÃO

A violência sempre esteve presente em nossa sociedade, como expressão e consequências do capitalismo, mas camuflada para não deixar evidente a insuficiência moral humana e ausência de políticas públicas efetivas que combatam a violência urbana, contra mulher e outrem (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015).

No Brasil em 2003 foi sancionada a Lei nº 10,778\03, que estabelece notificação compulsória em todos os casos de violência que inclui a física, sexual e psicológica, contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados (BRASIL, 2003). Isso trouxe maior visibilidade aos casos de violência à sociedade e aos órgãos governamentais que puderam propor políticas de enfrentamento.

Em 2006 foi implantado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), uma das principais iniciativas para o enfrentamento das causas externas no contexto do Sistema Único de Saúde do Brasil e visa a vigilância contínua de violência interpessoal e autoprovocada e a vigilância sentinela por meio de inquéritos sobre atendimentos por violências e acidentes em emergências hospitalares (BRASIL, 2017). Para obtenção dessas

informações, utiliza-se a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada, cujos dados são disponibilizados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN com objetivo de coletar, transmitir e disseminar dados gerados pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica, das três esferas de governo, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios a análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória (BRASIL, 2017).

O termo feminicídio foi usado pela primeira vez por Diana Russel, no ano de 1976, diante do Tribunal Internacional Sobre Crimes Contra as Mulheres, realizado em Bruxelas (MENEGHEL; PORTELLA, 2017). Feminicídio corresponde a qualquer manifestação ou exercício de relações desiguais de poder entre homens e mulheres, que culmina com a morte de uma ou várias mulheres pela própria condição de ser mulher.

Como o termo feminicídio não consta no Sistema de Informações do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, o total de homicídios femininos pode ser utilizado como um "indicador aproximado" de feminicídio, já que de 60% a 70% dessas mortes são provocadas pelas desigualdades de gênero (IPEA, 2018). Desta forma, foi utilizado o termo mortes por agressão, pois é um dado existente no DATASUS.

Apesar das leis protetivas serem consideradas grandes conquistas na luta contra a violência, o Brasil ocupa o 5º lugar no ranking mundial de feminicídio, segundo o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos – ACNUDH (IPEA, 2018). De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS, a taxa de feminicídio no Brasil é de 4,8 para 100 mil mulheres (MARTINS, 2017). Conforme informações do 12º Anuário Brasileiro de Segurança – FBSP, do ano de 2018, foram 221.238 registros de violência doméstica (Lesão Corporal Dolosa), quase 606 casos por dia, e 1.137 feminicídios, 4.539 mulheres vítimas homicídios em 2017, considerando um aumento de 6,1% em relação ao ano de 2016 (IPEA; FBSP, 2018).

Levantamentos recentes demonstram que 15.925 mulheres foram assassinadas em situação de violência doméstica desde a sanção da Lei, aproximadamente 6,7% das vítimas de feminicídio possuíam menos de 18 anos de idade (BRASIL, 2018). Grande número

(90,8%) das mulheres assassinadas nessa condição tinham entre 18 e 59 anos de idade. As idosas foram vítimas de feminicídio em 6,7% dos casos noticiados pela imprensa brasileira entre janeiro e novembro de 2018 (BRASIL, 2018).

Ainda conforme dados da Organização Mundial da Saúde – OMS, 35% das mulheres no mundo já sofreram violência física e/ou sexual perpetrada por parceiro íntimo (LEITE et al., 2019). Estudos realizados no Brasil, de base populacional mostrou que 43% das brasileiras afirmaram ter sofrido violência praticada por um homem na vida; um terço admitiu ter sofrido alguma forma de violência física, 13% sexual e 27% psicológica (LEITE et al., 2019).

## 2 METODOLOGIA

Estudo transversal estilo séries temporais de 2012 a 2018 baseados em dados extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde. Desenvolvido no Maranhão, que é uma das 27 unidades federativas do Brasil, localizada na região nordeste do país. Limita-se com três estados brasileiros: Piauí (leste), Tocantins (sul e sudoeste) e Pará (oeste), além do Oceano Atlântico (norte). Com área de 331.937,450 km<sup>2</sup> e com 217 municípios, é o segundo maior estado da região nordeste e o oitavo maior estado do Brasil. Com uma população de 7.114.598 habitantes, com IDH 0,639. A capital e cidade mais populosa é São Luís.

Para compor os dados foram considerados notificações de mortes por agressão juntamente a população feminina, em idade de 10 a 59 anos registrados pelo Sistema DATASUS, SIM no período de 2012 a 2018 ocorridos no Maranhão entre 1º de janeiro de 2012 e 31 de dezembro de 2018, referentes aos códigos do Capítulo XX da 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), no intervalo de X85 a Y09. Sendo considerado o marcador aproximado mortes por agressão campo identificável no SIM, DATASUS. Foram excluídos óbitos femininos com idade <10 e >60, autoprovocados, e vítimas em que a ficha de notificação não possui informação de local de residência, e subnotificados.

As variáveis selecionadas para o estudo foram variáveis relacionadas ao perfil da vítima: faixa etária ( $\geq 10$  anos); cor da pele (branca, preta, amarela, parda, indígena); estado civil, escolaridade e ocupação da mulher: (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS, e Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM); características do agravo: local de ocorrência (hospital ou outro estabelecimento de saúde, domicílio, via pública, outros); número total de óbitos e óbitos por 1000.000 mulheres considerando a população feminina no estado do Maranhão em 2010 de 3.313.274 habitantes (MARANHÃO, 2020; IBGE, 2010).

A partir dos dados coletados foi realizada uma análise estatística descritiva dos dados com frequências absolutas e relativas de casos em função do ano, da faixa de idade, raça/cor, estado civil, escolaridade e local de ocorrência. Foram também calculadas as taxas de óbitos por 100.000 habitantes do sexo feminino por ano e no período total. Os testes de qui-quadrado e Exato de Fisher foram utilizados para analisar as associações das variáveis com o período do óbito (triênio anterior à lei e triênio posterior à lei). Todas as análises foram realizadas no programa R14, com nível de significância de 5%.

2152

Por se tratar de um estudo realizado em base de dados secundários, não foi necessário a autorização do CEP, mas de acordo com os preceitos do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, foi solicitado a dispensa do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade São Leopoldo Mandic, Número do Protocolo: 2020-0030.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

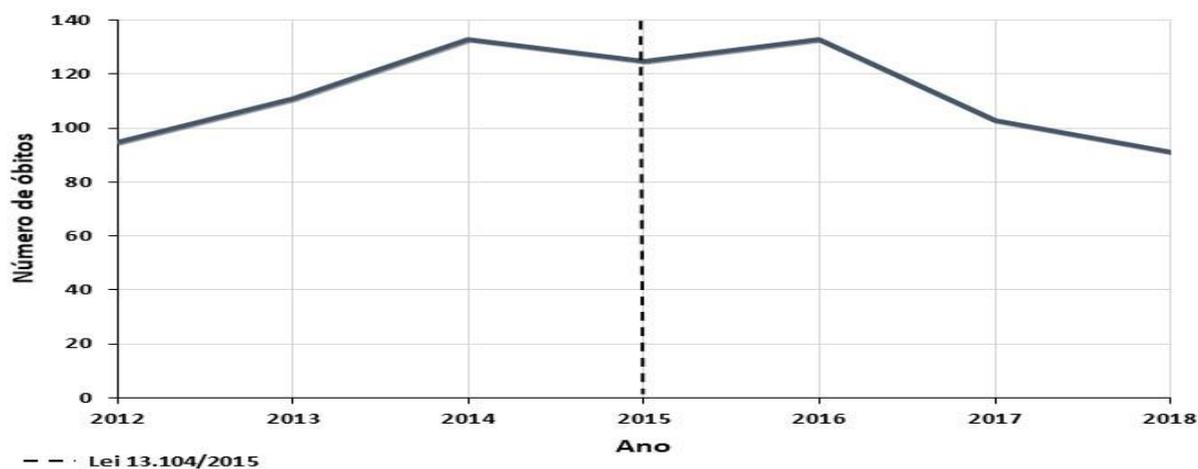
De acordo com o Sistema DATASUS, no período de 2012 a 2018, ocorreram 791 óbitos de mulheres por agressão no Estado do Maranhão, com uma taxa de óbitos no período de 23,87 mulheres por 100.000 habitantes do sexo feminino. Na Tabela 1 e Figuras 1 e 2 é apresentado o perfil da mortalidade feminina no estado em função das variáveis estudadas. Observa-se maior porcentagem de óbitos em mulheres com idades entre 20 e 39 anos (60,2% das mortes no período). Além disso, a porcentagem de óbitos no período foi maior entre as mulheres de cor parda (72,3%) e solteiras (65,5%).

**Tabela 1-** Perfil da mortalidade feminina (frequência e porcentagem) por agressão no Estado do Maranhão no período de 2012 a 2018.

Variável	Categoria	Anos						
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
		n(%)						
<sup>3</sup> Faixa etária	<20 anos	08 (7,9%)	17 (14,0%)	13 (9,1%)	27 (19,3%)	30 (20,1%)	18 (15,8%)	-
	20-29 anos	36 (35,6%)	44 (36,4%)	51 (35,7%)	37 (26,4%)	30 (20,1%)	35 (30,7%)	-
	30-39 anos	37 (36,6%)	32 (26,4%)	49 (34,3%)	34 (24,3%)	46 (30,9%)	31 (27,2%)	-
	40-49 anos	14 (13,9%)	18 (14,9%)	23 (16,1%)	29 (20,7%)	28 (18,8%)	20 (17,5%)	-
	50-59 anos	05 (5,0%)	10 (8,3%)	07 (4,9%)	11 (7,9%)	14 (9,4%)	09 (7,9%)	-
	≥ 60 anos	01 (1,0%)	00 (0,0%)	00 (0,0%)	02 (1,4%)	01 (0,7%)	01 (0,9%)	-
<sup>4</sup> Raça/cor	Branca	09 (9,5%)	20 (18,0%)	15 (11,3%)	21 (16,8%)	19 (14,3%)	08 (7,8%)	09 (9,9%)
	Preta	08 (8,4%)	25 (22,5%)	15 (11,3%)	09 (7,2%)	19 (14,3%)	19 (18,4%)	06 (6,6%)
	Amarela	01 (1,1%)	00 (0,0%)	00 (0,0%)	00 (0,0%)	00 (0,0%)	00 (0,0%)	00 (0,0%)
	Parda	74 (77,9%)	65 (58,6%)	103(77,4%)	88 (70,4%)	95 (71,4%)	73 (70,9%)	74 (81,3%)
	Indígena	01 (1,1%)	00 (0,0%)	00 (0,0%)	02 (1,6%)	00 (0,0%)	01 (1,0%)	00 (0,0%)
	Não informado	02 (2,1%)	01 (0,9%)	00 (0,0%)	05 (4,0%)	00 (0,0%)	02 (1,9%)	02 (2,2%)
<sup>4</sup> Estado civil	Solteiro	62 (65,3%)	72 (64,9%)	91 (68,4%)	77 (61,6%)	93 (69,9%)	58 (56,3%)	65 (71,4%)
	Casado	09 (9,5%)	11 (9,9%)	11 (8,3%)	16 (12,8%)	19 (14,3%)	15 (14,6%)	08 (8,8%)
	Viúvo	02 (2,1%)	04 (3,6%)	02 (1,5%)	03 (2,4%)	02 (1,5%)	01 (1,0%)	00 (0,0%)
	União estável	15 (15,8%)	14 (12,6%)	20 (15,0%)	22 (17,6%)	15 (11,3%)	23 (22,3%)	11 (12,1%)
	Não informado	07 (7,4%)	10 (9,0%)	09 (6,8%)	07 (5,6%)	04 (3,0%)	06 (5,8%)	07 (7,7%)
<sup>4</sup> Escolaridade	Sem escolaridade	08 (8,4%)	05 (4,5%)	06 (4,5%)	7 (5,6%)	06 (4,5%)	11 (10,7%)	03 (3,3%)
	Fundamental I (1ª a 4ª série)	15 (15,8%)	24 (21,6%)	38 (28,6%)	29 (23,2%)	24 (18,0%)	21 (20,4%)	18 (19,8%)
	Fundamental II (5ª a 8ª série)	32 (33,7%)	35 (31,5%)	42 (31,6%)	39 (31,2%)	56 (42,1%)	40 (38,8%)	29 (31,9%)
	Médio (antigo 2º Grau)	24 (25,3%)	24 (21,6%)	29 (21,8%)	30 (24,0%)	33 (24,8%)	23 (22,3%)	29 (31,9%)
	Superior incompleto	01 (1,1%)	05 (4,5%)	03 (2,3%)	03 (2,4%)	04 (3,0%)	01 (1,0%)	02 (2,2%)
	Superior completo	02 (2,1%)	03 (2,7%)	04 (3,0%)	01 (0,8%)	04 (3,0%)	01 (1,0%)	02 (2,2%)
	Não informado	13 (13,7%)	15 (13,5%)	11 (8,3%)	16 (12,8%)	06 (4,5%)	06 (5,8%)	08 (8,8%)
<sup>4</sup> Local da ocorrência	Hospital	24 (25,3%)	35 (31,5%)	37 (27,8%)	32 (25,6%)	27 (20,3%)	26 (25,2%)	20 (22,0%)
	Outro estabelecimento de saúde	00 (0,0%)	00 (0,0%)	01 (0,8%)	01 (0,8%)	00 (0,0%)	00 (0,0%)	00 (0,0%)
	Domicílio	29 (30,5%)	19 (17,1%)	37 (27,8%)	34 (27,2%)	33 (24,8%)	32 (31,1%)	24 (26,4%)
	Via pública	27 (28,4%)	36 (32,4%)	37 (27,8%)	31 (24,8%)	44 (33,1%)	27 (26,2%)	28 (30,8%)
	Outros	15 (15,8%)	19 (17,1%)	21 (15,8%)	26 (20,8%)	29 (21,8%)	18 (17,5%)	19 (20,9%)
	Não informado	00 (0,0%)	02 (1,8%)	00 (0,0%)	01 (0,8%)	00 (0,0%)	00 (0,0%)	00 (0,0%)
<sup>4</sup> Geral n(%)		95 (12,0%)	111 (14,0%)	133 (16,8%)	125 (15,8%)	133 (16,8%)	103 (13,0%)	91 (11,5%)
<sup>4,5</sup> Óbitos por 100.000 mulheres		2,87	3,35	4,01	3,77	4,01	3,11	2,75

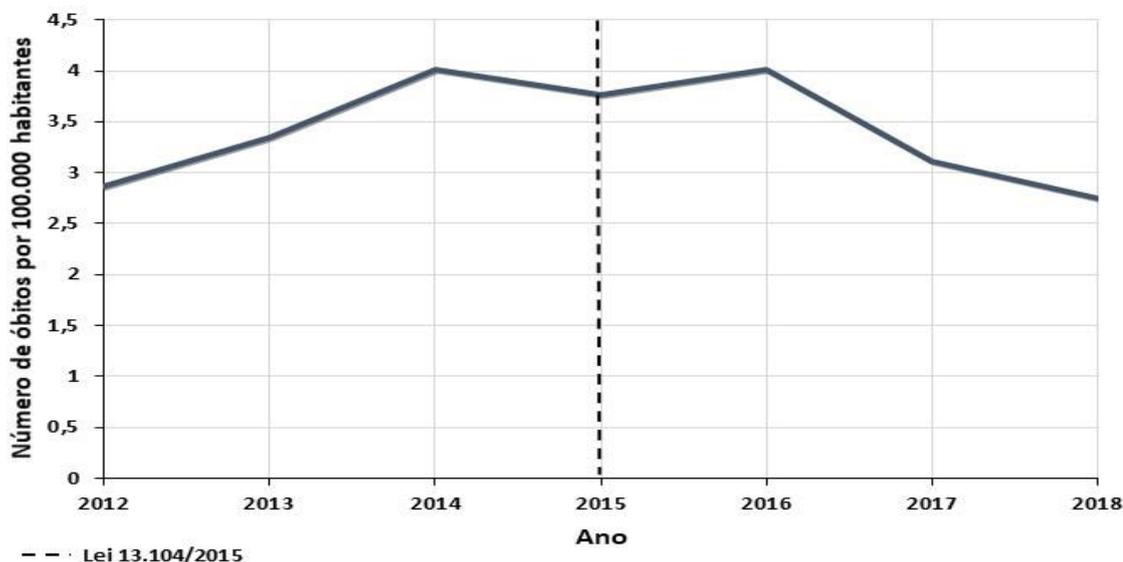
Fonte: (IBGE, 2010).<sup>1</sup>Porcentagem na coluna; <sup>2</sup>Porcentagem na linha; <sup>3,4</sup>Fonte: (MARANHÃO, 2020); <sup>5</sup>

**Figura 1** - Número de óbitos de mulheres por agressão no Estado do Maranhão antes e após a vigência da lei do feminicídio, Lei 13.104/2015



Fonte: (IBGE, 2010).

**Figura 2**- Número de óbitos de mulheres por agressão no Estado do Maranhão por 100.000 habitantes do sexo feminino, antes e após a vigência da lei do feminicídio, Lei 13.104/2015.



Fonte: (IBGE, 2010).

Na Tabela 1 e Figuras 1 e 2 é apresentado o perfil da mortalidade feminina no estado em função das variáveis estudadas. Observa-se uma tendência de aumento na taxa de

óbitos por 100.000 mulheres em 2012 a 4,01 óbitos por 100.000 mulheres em 2014. Já após o ano de 2016 (após a lei do feminicídio), nota-se uma tendência de diminuição na taxa de óbitos por 100.000 mulheres, passando de 4,01 óbitos por 100.000 mulheres em 2016 para 2,75 óbitos por 100.000 mulheres em 2018. Os dados podem indicar que essa tendência a redução dos casos pode ser em decorrência da ampla divulgação da Lei do feminicídio e trabalho de combate a violência contra mulher disponível na rede de proteção já existente. Em contra ponto, observa-se maior porcentagem de óbitos em mulheres com idades de 20 a 39 anos por 100.000 mulheres entre os anos de 2012 a 2014 (antes da lei do feminicídio), passando de 2,87 óbitos entre 20 e 39 anos (60,2% das mortes no período). Além disso, a porcentagem de óbitos no período foi maior entre as mulheres de cor parda (72,3%), solteiras (65,5%) ensino fundamental II (34,4%).

Na Tabela 2 são apresentados os resultados das análises de alteração no perfil da mortalidade feminina após a vigência da lei do feminicídio. Observa-se mudança significativa no perfil da faixa etária ( $p < 0,05$ ). Houve diminuição de mortalidade na faixa entre 20 a 39 anos e aumento na faixa de menores de 20 anos. Para as demais variáveis não houve associação significativa com o período, antes e após a vigência da lei ( $p > 0,05$ ).

Um estudo semelhante, porém, com resultados diferentes, foi realizado na região sudeste, Cidade de Campinas SP, no ano de 2015, observa-se um perfil um pouco frequente em mulheres brancas (47,4%), com Ensino Fundamental (52,6%), principalmente solteiras (63,2%).

Ao se referir à diferença relacionada etnia pode-se ponderar que na região sudeste predomina mulheres brancas, enquanto que no estado do Maranhão a população parda e negra predomina. Ao analisarmos resultados de estudos realizados no Estado de Rondônia, região norte do país, teremos semelhanças no perfil de mulheres que foram vítimas de violência no qual as mulheres pardas ou negras são as mais atingidas pelas violências, principalmente devido aos contextos históricos em que estão inseridas, que geralmente inclui condições precárias de moradia e estudo.

**Tabela 2-** Perfil de casos notificados de mortalidade feminina por agressão no Estado do Maranhão antes e após a vigência da lei do feminicídio, Lei 13.104/2015.

Variável	Categoria	Tempo		p-valor
		Antes da Lei (2012 a 2014)	Depois da Lei (2016 a 2018)	
		n(%)		
Faixa etária	<20 anos	38 (44,2%)	48 (55,8%)	0,0051
	20-29 anos	131 (66,8%)	65 (33,2%)	
	30-39 anos	118 (60,5%)	77 (39,5%)	
	40-49 anos	55 (53,4%)	48 (46,6%)	
	50-59 anos	22 (48,9%)	23 (51,1%)	
	> 60 anos	1 (33,3%)	2 (66,7%)	
Raça	Branca	44 (55,0%)	36 (45,0%)	0,8527
	Preta	48 (52,2%)	44 (47,8%)	
	Amarela	1 (100,0%)	0 (0,0%)	
	Parda	242 (50,0%)	242 (50,0%)	
	Indígena	1 (50,0%)	1 (50,0%)	
	Não informado	3 (42,8%)	4 (57,1%)	
Estado civil	Solteiro	225 (51,0%)	216 (49,0%)	0,2509
	Casado	31 (42,5%)	42 (57,5%)	
	Viúvo	8 (72,7%)	3 (27,3%)	
	União estável	49 (50,0%)	49 (50,0%)	
	Não informado	26 (60,5%)	17 (39,5%)	

Variável	Categoria	Tempo		p-valor
		Antes da Lei (2012 a 2014)	Depois da Lei (2016 a 2018)	
		n(%)		
Escolaridade	Sem escolaridade	19 (48,7%)	20 (51,3%)	0,6486
	Fundamental I (1ª a 4ª série)	77 (55,0%)	63 (45,0%)	
	Fundamental II (5ª a 8ª série)	109 (46,6%)	125 (53,4%)	
	Médio (antigo 2º Grau)	77 (47,5%)	85 (52,5%)	
	Superior incompleto	9 (56,2%)	7 (43,8%)	
	Superior completo	9 (56,2%)	7 (43,8%)	
	Não informado	39 (66,1%)	20 (33,9%)	
Local da ocorrência	Hospital	96 (56,8%)	73 (43,2%)	0,2794
	Outros estabelecimentos de saúde	1 (100,0%)	0 (0,0%)	
	Domicílio	85 (48,8%)	89 (51,2%)	
	Via pública	100 (50,2%)	99 (49,8%)	
	Outros	55 (45,4%)	66 (54,6%)	
	Não informado	2 (100,0%)	0 (0,0%)	
Geral		339 (50,9%)	327 (49,1%)	

Fonte: (MARANHÃO, 2020).<sup>1</sup>Porcentagem na linha; <sup>2</sup>Teste de qui-quadrado; <sup>3</sup>Teste Exato de Fisher. Os casos não informados não foram considerados nas análises. <sup>4</sup>

É interessante mencionar que houve associação significativa entre a faixa de idade e o período do óbito (antes e após a lei) com diminuição de mortalidade na faixa entre 20 a 39 anos e aumento na faixa de menores de 20 anos, de 2016 a 2018.

Quanto as notificações sobre local de ocorrência, os dados revelam que as mulheres não dispõem de tanta segurança em qualquer cenário que o crime ocorra, tanto no triênio quanto no pós lei feminicídio, os óbitos ocorridos em via pública apresentou uma pequena retração no triênio subsequente, passando de (50,2%) para (49,8%).

Enquanto no domicílio ampliaram a porcentagem pois foram de (48,8%) para (51,2%), sendo uma visão positiva apenas para notificações de mortes por agressão ocorridas em hospital que reduziu no triênio pós a Lei pois variou de (56,8%) para (43,2%).

## CONCLUSÃO

As análises dos dados apresentados no presente estudo evidenciam uma tendência de estabilidade nas taxas de mortalidade feminina por agressão ao longo do período de 2017 a 2018, após a vigência da Lei Feminicídio, Lei 13.104/2015 no Maranhão, seguindo uma tendência nacional confirmada pelos dados do Mapa da violência 2020, no tocante a tendência de redução da taxa geral de homicídios no país, a taxa de homicídios contra mulheres apresentou uma queda de 9,3% entre 2017 e 2018.

Pode-se inferir que a violência contra a mulher, que é início de um ciclo letal, apresenta um caráter endêmico, podendo se manifestar em todo o mundo de diferentes formas e nos mais variados espaços da sociedade, não restrita a determinado meio, não escolhendo etnia, idade ou condição social, porém, as mulheres com pouca escolaridade e baixa condições financeiras são as mais atingidas pela violência, pois estão inseridas num contexto favorável.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher. Mapa de violência contra a mulher 2018. Disponível em:

<<https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes->

permanentes/comissao-de-defesa-dos-direitos-da-mulher-cmulher/arquivos-de-audio-e-video/MapadaViolenciaatualizado 200219.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2021.

BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.

Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/2003/L10.778.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.778.htm)>. Acesso em: 05 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes: 2013 - 2014.

Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: 2158  
<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_vigilancia\\_violencia\\_acidentes\\_2013\\_2014.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencia_acidentes_2013_2014.pdf)>. Acesso em: 09 jun. 2021.

FBSP. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2018. Disponível em: < <https://forumseguranca.org.br/publicacoes/>>. Acesso em: 16 fev. 2021.

GUIMARÃES M. C; PEDROZA, R. L. S. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas.

**Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 256-66, 2015.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas da Violência 2018. Disponível em:

<[https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=33410&Itemid=432](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33410&Itemid=432)>. Acesso em: 10 set. 2020.

LEITE, F. M. C et al. Violência contra a mulher e sua associação com o perfil do parceiro íntimo: estudo com usuárias da atenção primária. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, n. e190056, p. 1-14, 2019.

MARTINS, H. Taxa de feminicídios no Brasil é a quinta maior do mundo. Agência Brasil, 2017. Disponível em:  
<<https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2017-08/taxa-de-femicidios-no-brasil-e-quinta-maior-do-mundo>>. Acesso em: 10 set. 2020.

MENEGHEL, S. N.; PORTELLA, A. P. Feminicídios: conceitos, tipos e cenários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 3077-3086, 2017.