



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



SHEYLA CARVALHO DE BARROS

HOMICÍDIOS E VIOLÊNCIA PRÉVIA CONTRA A MULHER EM PERNAMBUCO

RECIFE

2019

SHEYLA CARVALHO DE BARROS

HOMICÍDIOS E VIOLÊNCIA PRÉVIA CONTRA A MULHER EM PERNAMBUCO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cristine Vieira do Bonfim.

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Conceição Maria de Oliveira.

RECIFE

2019

Catálogo na fonte:
Bibliotecário: Elaine Freitas, CRB4:1790

B277h	Barros, Sheyla Carvalho de Homicídios e violência prévia contra a mulher em Pernambuco/ Sheyla Carvalho de Barros. – 2019. 161 f.; il. Orientadora: Cristine Vieira do Bonfim. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. Recife, 2019. Inclui referências, apêndice e anexos. 1. Homicídio. 2. Violência contra a mulher. 3. Sistemas de informação. 4. Estatísticas vitais. 5. Análise espacial. I. Bonfim, Cristine Vieira do (orientadora). II. Título. 614 CDD (23.ed.)	UFPE (CCS 2020 - 004)
-------	--	-----------------------

SHEYLA CARVALHO DE BARROS

HOMICÍDIOS E VIOLÊNCIA PRÉVIA CONTRA A MULHER EM PERNAMBUCO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 18/02/2019

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. **Cristine Vieira do Bonfim** (Orientador)
FUNDAJ

Profa. Dra. **Lívia Teixeira de Souza Maia** (Examinador Externo)
CAV/UFPE

Profa. Dra. **Marcella de Brito Abath**
Secretaria de Saúde de Pernambuco

Dedico essa dissertação aos meus pais Sônia e Manuel.

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar a escrita desta dissertação meu desejo é agradecer.

À minha orientadora Cristine Bonfim, por tudo que eu aprendi. Por me conduzir tão bem pelos caminhos da pesquisa.

À minha co-orientadora Conceição Oliveira, por esses quatro anos de parceria acadêmica.

À Amanda Cabral, pela disponibilidade e atenção desde a residência multiprofissional até aqui.

À banca de qualificação Marcella Abath e Lívia Souza pelas ricas contribuições.

À CAPES pela concessão da bolsa de estudos.

À Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco, por ceder os dados da pesquisa.

Aos professores do PPGSC, por tudo que eu aprendi.

Aos meus colegas de turma, pelo companheirismo dentro e fora da sala de aula.

A Moreira, por toda ajuda desde o meu primeiro dia na pós-graduação.

Aos estagiários e alunos do PIBIC da Fundação Joaquim Nabuco, por toda ajuda nas análises deste trabalho.

Às colegas Arianny, Gorette, Márcia e Vânia, por toda ajuda neste período do mestrado.

À professora Graça Borba, por me incentivar e inspirar desde a 7ª série do ensino fundamental.

Aos amigos da Comunidade Extrema União por toda torcida e orações.

A Elvis meu amigo fiel de quatro patas.

Aos amigos e familiares, por entenderem minha ausência neste período com curso, meu irmão Henrique principalmente.

Aos meus pais, por tudo que fizeram e fazem por mim. Por serem quem são e me fazerem ser que sou.

Ao meu esposo João Paulo, meu porto seguro, meu companheiro de caminhada. Por sonhar e realizar sonhos comigo.

A Deus, por mais esta benção. Porque dEle, por meio dEle e para Ele são todas as coisas.

“A vida é tão rara”
(FALCÃO; LENINE, 1999).

RESUMO

Os homicídios de mulheres são a forma mais extrema da violência contra a mulher. Os dados dos serviços de saúde são importantes para a caracterização da violência. O objetivo desta dissertação foi descrever os óbitos por agressão em mulheres residentes em Pernambuco, a partir do *linkage* das bases de dados da saúde no período de 2012 a 2016. Foram desenvolvidos estudo transversal e ecológico, com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade e Sistema de Informação de Agravos de Notificação. O RecLink III foi usado para aplicação do *linkage* para identificar pares de registros nos bancos de dados referentes às vítimas. Para a análise espacial foram utilizados o método bayesiano e o diagrama de espalhamento de Moran. Para identificar condições de vulnerabilidade utilizou-se o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) construído pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Foi utilizada a Distribuição de Poisson inflacionada de zeros para avaliar os efeitos que cada IVS pode ter sobre as taxas de homicídios. O modelo de regressão logística e razão de chances foram utilizados para identificar fatores associados ao homicídio. Foram registrados 1.162 homicídios de mulheres, com taxa média de 5,7/100.000 mulheres. Identificou-se cinco áreas críticas para ocorrência de homicídio e um município. Os IVS Renda e Trabalho e Capital Humano apresentaram alta ou muito alta vulnerabilidade na maior parte das Regiões de Saúde. Foram identificados 121 óbitos por agressão que tinham notificações prévias de violência no Sinan. A maior parte das vítimas eram maiores de 20 anos (n=100; 82,64%), solteiras (n=104; 88,89%), negras (n=111; 91,70%), com menos de sete anos de estudo (n=85; 80,95%). A violência prévia mais notificada foi do tipo física (n=100; 65,79%), ocorridas na residência (n=54; 66,70%), cometida por parceiro/ex-parceiro (n=40; 51,95%). Os óbitos ocorreram no hospital/outras serviços de saúde (n=50; 41,32%) e por meio de disparo de arma de fogo (n=54; 44,63%). Os fatores associados ao homicídio foram residir em área rural, sofrer violência física e reincidência de violência. Reincidência de ocorrência de violência foi o maior fator de risco para de homicídios. Quando há reincidência, a possibilidade de homicídio é 3,88 vezes maior quando comparada a somente um registro. Informações como estas podem ser usadas para auxiliar na formulação de políticas públicas de proteção e prevenção da violência.

Palavras-chave: Homicídio. Violência contra a mulher. Sistemas de informação. Estatísticas vitais. Análise espacial. Vulnerabilidade social.

ABSTRACT

Female homicides are the most extreme form of violence against women. Data of the health services are important for the characterization of violence. The objective of this dissertation was to describe the deaths due by aggression in women residing in Pernambuco, from the linkage of the health databases in the period from 2012 to 2016. A cross-sectional and ecological study was carried out, with data from the Mortality Information System and National disease notification system. RecLink III was used for linkage application to identify pairs of records in victim databases. For the spatial analysis, the Bayesian method and the Moran mirroring diagram were used. The Poisson Distribution inflated of zeros was used to evaluate the effects that each IVS can have on homicide rates. The logistic regression model and odds ratio were used to identify factors associated with homicide. There were 1,162 homicides of women, with an average rate of 5.7 / 100,000 women. Five critical areas for the occurrence of homicide and one municipality were identified. Income and Work Income and Human Capital presented high or very high vulnerability in most health regions. Have been identified 121 deaths by aggression that had previous reports of violence in Sinan. Most of the victims were older than 20 years (n = 100; 82.64%), single (n = 104; 88.89%), black (n = 111; 91.70%), of study (n = 85; 80.95%). The most reported previous violence was physical (n = 100; 65.79%), occurring in the home (n = 54; 66.70%) committed by partner / ex-partner (n = 40; 51.95%). Deaths occurred in the hospital / other health services (n = 50; 41.32%) and by firearm shooting (n = 54; 44.63%). The factors associated with homicide were to reside in rural areas, to suffer physical violence and repeated violence. Recidivism of violence was the greatest risk factor for homicide. When there is recurrence, the possibility of homicide is 3.88 times greater when compared to only one registry. Information such as these can be used to assist in the formulation of public policies for the protection and prevention of violence.

Key words: Homicide. Violence against women. Information system. Vital statistics. Spatial analysis. Social vulnerabilit

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID-10	10a revisão da Classificação Internacional de Doenças
DO	Declaração de óbito
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
PE	Pernambuco
RS	Região de Saúde
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
Sinan	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
UF	Unidades da Federação
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
VPI	Violência por Parceiro Íntimo

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 2 - VIOLÊNCIA E VULNERABILIDADE SOCIAL: ANÁLISE ESPACIAL DOS HOMICÍDIOS DE MULHERES NO ESTADO DE PERNAMBUCO

Tabela 1 -	Estatísticas descritiva para as dimensões do IVS e para a taxa de homicídios de mulheres (por 100 mil) por regiões de saúde. Pernambuco 2012-2016.....	56
Tabela 2 -	Estimativas do modelo de regressão Poisson inflacionado de zeros. Pernambuco, 2012-2016.....	58

ARTIGO 3 - HOMICÍDIOS DE MULHERES COM NOTIFICAÇÃO PRÉVIA DE VIOLÊNCIA

Tabela 1-	Taxa de homicídios na população geral de mulheres, taxa de homicídios em mulheres com notificação prévia de violência e razão das taxas. Pernambuco, 2012-2016.....	64
Tabela 2 -	Características dos homicídios com registros prévios de violência após linkage. Pernambuco, 2012-2016.....	65

ARTIGO 4 - REGISTROS DE VIOLÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS HOMICÍDIOS DE MULHERES

Tabela 1 -	Características das notificações de violência contra a mulher Pernambuco, 2012-2016.....	82
Tabela 2 -	Características dos homicídios de mulheres. Pernambuco, 2012-2016....	83
Tabela 3 -	Características da violência prévia por ocorrência de homicídio. Pernambuco, 2012-2016.....	84
Tabela 4 -	Estimativas dos coeficientes do modelo de regressão logística e razões de chances de ocorrer homicídio. Pernambuco, 2012-2016.....	84
Tabela 5 -	Probabilidades de ocorrer homicídio estimadas através do modelo de regressão logístico. Pernambuco, 2012-2016.....	85

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Mapa de Pernambuco dividido por Regiões de Saúde.....	25
Quadro 1 –	Variáveis, definição e categorização.....	29
Figura 2 –	Fluxograma do linkage entre SIM e Sinan. Pernambuco, 2012-2016.....	31
ARTIGO 2 - VIOLÊNCIA E VULNERABILIDADE SOCIAL: ANÁLISE ESPACIAL DOS HOMICÍDIOS DE MULHERES NO ESTADO DE PERNAMBUCO		
Figura 1 –	Taxa média bruta (A), taxa média estimada pelo método bayesiano empírico local (B), distribuição espacial das taxas médias de mortalidade – Box Map (C), áreas críticas para ocorrência de homicídio, segundo o espalhamento de Moran - Moran Map (D) do homicídio. Pernambuco, 2012-2016.....	55
Figura 2 –	Figura 2. IVS Infraestrutura Urbana, Box Map e Moran Map (A, B e C), IVS Capital Humano Box Map e Moran Map (D, E e F), IVS Renda e Trabalho, Box Map e Moran Map (G, H e I), Pernambuco, 2012-2016.....	56
ARTIGO 3 – HOMICÍDIOS DE MULHERES COM NOTIFICAÇÃO PRÉVIA DE VIOLÊNCIA		
Figura 1 –	Fluxograma do linkage entre SIM e Sinan. Pernambuco, 2012-2016.....	63

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	15
2.1	ASPECTOS GERAIS SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES.....	15
2.2	ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES...	17
2.3	SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL, TÉCNICAS DE <i>LINKAGE</i> E ANÁLISE ESPACIAL PARA CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	19
3	JUSTIFICATIVA.....	23
4	OBJETIVOS.....	24
4.1	OBJETIVO GERAL.....	24
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
5	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	25
5.1	ÁREA DE ESTUDO.....	25
5.2	DESENHO DO ESTUDO.....	25
5.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO E PERÍODO DE REFERÊNCIA.....	26
5.3.1	Critérios de inclusão.....	26
5.3.2	Critérios de exclusão.....	26
5.4	FONTES DE DADOS.....	27
5.4.1	Sistema de Informação sobre Mortalidade.....	27
5.4.2	Sistema de Informação de Agravos de Notificação.....	27
5.4.3	Demográficos.....	27
5.4.4	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.....	27
5.5	VINCULAÇÃO DOS BANCOS DE DADOS.....	28
5.6	DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS E INDICADORES.....	29
5.6.1	Variáveis.....	29
5.6.2	Indicadores.....	32
5.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	32
5.7.1	Análise descritiva.....	32
5.7.2	Distribuição de Poisson.....	32
5.7.3	Regressão logística.....	33
5.7.4	Análise espacial.....	34

5.8	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	35
6	RESULTADOS.....	36
6.1	ARTIGO 1 - HOMICÍDIOS E VIOLÊNCIA PRÉVIA CONTRA A MULHER: ESTUDO TRANSVERSAL.....	36
6.2	ARTIGO 2 - VIOLÊNCIA E VULNERABILIDADE SOCIAL: ANÁLISE ESPACIAL DOS HOMICÍDIOS DE MULHERES NO ESTADO DE PERNAMBUCO.....	39
6.3	ARTIGO 3 – HOMICÍDIOS DE MULHERES COM NOTIFICAÇÃO PRÉVIA DE VIOLÊNCIA.....	59
6.4	ARTIGO 4 – REGISTROS DE VIOLÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS HOMICÍDIOS DE MULHERES	73
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
	REFERÊNCIAS.....	87
	APÊNCIDE A - HOMICÍDIOS DE MULHERES: CARACTERÍSTICAS E E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS TAXAS DE HOMICÍDIOS.....	98
	ANEXO A – DECLARAÇÃO DE ÓBITO.....	116
	ANEXO B – FICHA DE NOTIFICAÇÃO VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/ AUTOPROVOCADA.....	117
	ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	119
	ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA.....	122
	ANEXO E - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA ONLINE BRAZILIAN JOURNAL OF NURSING.....	123
	ANEXO F – ACEITE PARA PUBLICAÇÃO DA REVISTA ONLINE BRAZILIAN JOURNAL OF NURSING.....	129
	ANEXO G - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA.....	130
	ANEXO H- NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA LATINO- AMERICANA DE ENFERMAGEM.....	141
	ANEXO I - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA CADERNOS DE SAÚDE COLETIVA.....	152
	ANEXO J – CERTIFICADO DE PREMIAÇÃO NA 16º EXPOEPI.....	161

1 INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres causa sofrimento às vítimas e suas famílias, e afeta as sociedades em todo o mundo (KRAHÉ, 2018). Ocorre em países desenvolvidos e em desenvolvimento, independentemente da religião dominante ou ideologia política (WILSON, 2014). É uma questão que envolve os setores da saúde, segurança e justiça (MONTESANTI; THURSTON, 2015; PARKER et al., 2016; RAGUSA, 2013). Possui vários fatores associados, mas é principalmente baseada nas desigualdades de gênero presentes culturalmente (KELLER; HONEA, 2015; OLIVEIRA; FONSECA, 2014; MICHAU, et al 2014).

O documento da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994) define esse fenômeno como: “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher”.

Trata-se de um problema crescente e tem o homicídio como resultado mais extremo (FERNBRANT et al., 2016). Da totalidade de vítimas de homicídio no mundo um quinto são do sexo feminino (UNODC, 2014). Homicídios em mulheres muitas vezes são precedidos por lesões físicas, que foram registradas na admissão nos serviços de saúde, em algum período anterior ao óbito (MAMO et al, 2015).

Os registros dos serviços de saúde constituem fontes de dados relevantes sobre a violência letal e não letal contra mulher (FARCHI et al., 2013; VIVES-CASES et al., 2016). Utilizar uma maior quantidade e variedade de bancos de dados, juntamente com a aplicação de técnicas para extração de informações, contribui substancialmente para a pesquisa em saúde (COELI; PINHEIRO; CAMARGO JÚNIOR, 2015). O relacionamento de bases de dados é uma técnica usada para reunir informações de um mesmo indivíduo, presentes em diferentes fontes de dados (SAYERS, 2016). O *linkage* de bases de dados tem se mostrado uma ferramenta útil para refinamento de informações em estudos sobre violência, que trabalham bancos de dados da saúde (SOUSA et al, 2014). Assim como, para relacionar dados de violência e homicídios em mulheres (BARUFALDI et al., 2017).

Neste sentido, o *linkage* entre o SIM e o Sinan permite conhecer eventos anteriores aos homicídios para uma melhor compreensão das motivações, circunstâncias e fatores de risco. Além disso possibilita a recuperação de informações e melhoria da completitude dos dados. Esta dissertação tem como objetivo descrever os homicídios de mulheres com registros prévios de violência a partir do relacionamento de bases de dados da saúde, em Pernambuco, no período de 2012 a 2016.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ASPECTOS GERAIS SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

A violência contra as mulheres é um fenômeno preocupante por causar danos à saúde individual e coletiva (GREGORY, 2016). Sabe-se que ser vítima da violência afeta significativamente a saúde das mulheres pois pode provocar lesões físicas, aparecimento de dores crônicas, problemas de ansiedade e depressão, além das tentativas de suicídio (FERREIRA; LOXTON; TOOTH, 2017; LÖVESTAD et al, 2017; SEMAHEGN, MENGISTIE, 2015; TIWARI et al, 2013).

As formas predominantes de violência contra as mulheres são a física, a sexual e a psicológica (KRAHÉ, 2018). A forma física caracteriza-se por golpear, empurrar, arremessar algo que possa machucar, atingir com socos ou outra coisa que capaz de ferir, chutar, arrastar ou espancar, sufocar ou queimar de propósito, e/ou ameaçar ou agir com uma arma, faca ou outra arma contra alguém. A violência sexual configura-se como forçar a ter relações sexuais sem consentimento, relações sexuais por medo do que o parceiro pode fazer, e/ou forçar a fazer algo sexual que seja humilhante ou degradante (WHO, 2013). A violência psicológica causa danos emocionais e inclui intimidação, humilhação e ameaças (NOVO; HERBÓN; AMADO, 2016).

Violência doméstica ou intrafamiliar é aquela perpetrada no âmbito das relações familiares (MINAYO, 2007). As diferentes formas de violência contra mulher, frequentemente, são cometidas por homens, sejam eles conhecidos ou desconhecidos, entre os conhecidos a violência por parceiro íntimo (VPI) é a mais comum (KRAHÉ, 2018).

A VPI é o comportamento dentro de um relacionamento íntimo que provoque dano físico, sexual ou psicológico (WHO, 2010). É cometida por um namorado ou ex-namorado, cônjuge ou ex-cônjuge e costuma acontecer quando o homem quer demonstrar que tem poder e controle sobre sua própria companheira e seu relacionamento (GROSE, GRABE, 2014; MODI; PALMER; ARMSTRONG, 2013). Entre os fatores de risco para VPI, estão as dificuldades econômicas, o desemprego elevado, as altas taxas de criminalidade, a cultura baseada em diferenças de gênero e a falta de programas de reintegração para vítimas submetidas a violência (KELMENDI, 2014; KIRST et al., 2015).

A forma mais extrema da violência contra mulheres é o homicídio (SHEEHAN et al, 2015). Este é definido como a morte causada a uma pessoa por outra (UNODC, 2014). A

maioria dos homicídios cujas vítimas são mulheres são cometidos por homens, conhecidos ou desconhecidos, e quando o agressor é parceiro ou ex-parceiro íntimo, suas motivações são geralmente por ciúmes (ADINKRAH, 2014).

Os homicídios de mulheres por razões de gênero são considerados feminicídios (SANZ-BARBERO et al., 2016). Inclui-se, os assassinatos cometidos pelo parceiro ou ex-parceiro íntimo, familiares, crimes associados a violência sexual e outros relacionados ao fato de ser mulher (PIACENTI; DE PASQUALI, 2014). A VPI é um dos principais fatores de risco para o feminicídio (WEN-LIFONG et al, 2016). Pois, este crime, muitas vezes é o ponto final de um percurso contínuo de agressões, onde as mortes são previstas e totalmente evitáveis (MENEGHEL; PORTELLA, 2017).

São necessárias mudanças para a prevenção de todas as formas de violência contra mulheres e redução das altas taxas deste agravo. Requerem decisões políticas, tais como esforços para produção de conhecimento sobre violência, uma abordagem baseada em evidências e financiamento para implementação de ações (JEWKES, 2014). Assim como, o incentivo de mudanças na cultura baseada das desigualdades de gênero (FISHER, 2013).

Os serviços de saúde têm papel fundamental para identificação e resposta as diversas situações de violência, pois muitas vezes são o primeiro local onde as vítimas buscam atendimento (GARCÍA-MORENO et al, 2015; GARCIA, 2016). Tais serviços são responsáveis por acolher e implementar medidas preventivas e assistenciais e não apenas medicalização dos sinais e sintomas do adoecimento físico (OLIVEIRA; FONSECA, 2015; TAFT et al., 2013). Nos Estados Unidos da América (EUA) os protocolos de triagem à VPI nas emergências têm melhorado a atenção às vítimas de violência, embora ainda existem algumas dificuldades na implementação (WILLIAMS et al., 2017).

A detecção de VPI e a avaliação de risco é essencial para diminuir os resultados fatais, assim como, a prevenção relacionada ao porte de armas em países onde a legislação é mais flexível (PEREIRA; VIEIRA; MAGALHÃES, 2013). Estudos realizados nos EUA e na Austrália, sugerem que a restrição legal a posse de armas de fogo a pessoas com histórico de VPI pode prevenir óbitos femininos por homicídios (DÍEZ et al., 2017; MCPHEDRAN, 2017).

No Brasil, existem legislações específicas que se concentram na prevenção e controle à violência contra mulheres (PASINATO, 2015). A Lei Nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, foi um avanço no combate da violência contra mulheres. Confere significância aos crimes praticados, estabelece medidas de proteção à vítima e punições a quem os pratica (SILVA; CARDOSO, 2017). Assim como a Lei n.º 13.104/2015, conhecida como Lei do

Feminicídio, que alterou o Código Penal e passou a considerar crime hediondo o assassinato de mulheres unicamente pela condição do sexo feminino (BRASIL, 2015). Entretanto, ainda persistem grandes obstáculos entre os direitos formais e como eles são exercidos na prática. Sendo caracterizados pela permanência da violência de gênero e altas taxas da mortalidade feminina por agressão (GARCIA et al, 2015; MASCARENHAS et al., 2016; PASINATO, 2015).

2. 2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES

A violência contra mulher é um problema de saúde pública crescente, e tem se mostrado uma preocupação global nas suas mais diversas formas (FERNBRANT, et al., 2016). No mundo, estima-se que 35% das mulheres são vítimas de violência física e/ou sexual (WHO, 2013). Um estudo de caso-controle revelou que mulheres vítimas de violência física apresentam taxas 60% maiores de desenvolver problemas de saúde como dor de cabeça e nas costas, e problemas digestivos em relação as que nunca sofreram violência (CAMPBELL et al., 2002).

Na Etiópia, uma pesquisa com estudantes universitárias de 18 a 26 anos, constatou que 45,4% sofreram violência sexual ao longo da vida e 36,1% desde que entraram na universidade (ADINEW; HAGOS, 2017). Nos EUA, estima-se que 19,3% da população feminina foram vítimas de estupro e que 43,9% vivenciaram outras formas de violência sexual durante a sua vida (BREIDING, 2014).

A VPI afeta uma em cada três mulheres no mundo (DEVRIES et al., 2013). Um estudo com pacientes atendidas na atenção básica na Espanha mostrou que entre aquelas que relataram já ter sofrido violência física, 42,7% foram cometidas por seu parceiro íntimo (MARTÍN-BAENA et al., 2015). Na Arábia Saudita, onde predomina uma cultura islâmica, a prevalência de violência contra mulheres casadas é de 80,7% para violência física e 100% para psicológica (USTA; TALEB, 2014).

Mulheres jovens e casadas estão mais propensas a sofrer violência física e psicológica. Os seus parceiros íntimos são mais velhos e fazem uso de bebida alcoólica (ADINKRAH, 2014; AIZPURUA et al., 2017). Há evidências de que o uso abusivo de álcool e outras drogas pelo parceiro ou ex-parceiro íntimo está associado a VPI, e muitos dos atos violentos ocorrem horas depois do consumo destas substâncias (ECKHARDT et al 2015; GONZALEZ et al., 2014; KATERNDAHL et al., 2015).

Sabe-se que a VPI está relacionada a incidência de problemas mentais nas mulheres (MEEKERS; PALLIN; HUTCHINSON, 2013). No Reino Unido as vítimas apresentavam risco 3,3 vezes maior de ter transtornos mentais comuns quando comparadas a aquelas sem histórico de violência (YANG; WONG; COID, 2013). Atos violentos também estão intimamente ligados a disfunções comportamentais de filhos que vivenciam o sofrimento das suas mães (MADDOUX et al., 2014; MIRANDA et al., 2013).

Entre as mulheres americanas agredidas fisicamente pelo parceiro íntimo, atendidas em serviços de emergência, um terço (33,1%) delas estão sob alto risco de mortalidade por agressões (BRIGNONE; GOMEZ, 2017). Na Itália, 52,4% das vítimas de homicídios tinham registros de admissão em serviços de emergência por agressões físicas, nos 24 meses anteriores à sua morte (MAMO et al, 2015).

Em 2014, os homicídios de mulheres foram responsáveis por 22,4% de todas as mortes por agressões nos EUA, 30,8% na Itália, 47,3% na Alemanha (TERRANOVA; ZEN, 2018). Nos EUA, nos anos de 2003 a 2014, ocorreram 10.018 homicídios em mulheres. Um terço das vítimas tinham idades entre 18 e 29 anos e eram solteiras. Tiveram como agressores conhecidos, desconhecidos, pai, parceiros ou ex-parceiros íntimos, onde 79,2% eram parceiros atuais e 14,3% ex-parceiros. (PETROSKY et al, 2017).

Entre 2009 e 2014, no Peru, a taxa de feminicídios foi de 0,74 óbitos por 100.000 mulheres. Os crimes aconteceram, principalmente, em áreas urbanas e na capital do país. Os perpetradores eram predominantemente parceiros íntimos, tinham como principais motivos ciúmes e separações, e as mortes foram premeditadas em 40,9% dos casos (QUINTANILLA et al., 2016). Em Portugal, o agressor típico tem idade um pouco maior que a da vítima, emprego remunerado, possui uma arma e não tem antecedentes criminais (PEREIRA; VIEIRA; MAGALHÃES, 2013).

No Brasil, entre os anos de 2011 e 2015, foram notificadas nos serviços de saúde 567.456 mulheres vítimas dos diversos tipos de violência, onde a violência física representou 78,4%, seguida da psicológica com 14,2%, sexual com 4,7% e negligência/abandono 1,8% dos casos. Posteriormente 2.599 destas, foram vítimas de homicídio (BARUFALDI et al., 2017).

Houve mais de 100 mil homicídios femininos entre 1980 e 2014 no país, com uma taxa de 5,13 óbitos por 100.000 mulheres. Por região revela os seguintes coeficientes: Centro-Oeste (7,98), Sudeste (4,78), Norte (4,77), Nordeste (4,05) e Sul (3,82). Todas as regiões do país apresentaram aumento contínuo nas taxas de mortalidade ao longo destes anos (SOUZA et al., 2017).

Quanto aos feminicídios, entre período de 2009 a 2011, ocorreram no País 13.071, o que equivale a uma taxa de mortalidade de 4,48 óbitos por 100.000 mulheres. taxas mais elevadas foram observados no Nordeste, Centro-Oeste e Norte. Existem diferenças entre regiões, contudo a amplitude não foi grande (6,93 no Nordeste e 5,07 no Sul) e não podem ser consideradas baixas para quaisquer uma delas (GARCIA et al., 2015).

No estado de Pernambuco no ano de 2012 o coeficiente de mortalidade na população feminina de 20 a 59 anos por agressões foi de 6,09 (LEITE et al., 2017). As características das vítimas de feminicídios nas capitais e grandes cidades brasileiras, inclusive no Recife, é de mulheres jovens, negras, solteiras e de baixa renda e escolaridade (MENEZES, et al., 2017; SILVA et al, 2013).

O perfil da violência letal e não letal contra mulheres pode ser analisado através de dados oriundos das instituições de saúde (FARCHI et al., 2013; VIVES-CASES et al., 2016). Técnicas de relacionamento de diferentes bases de dados da saúde e de análise espacial podem ser utilizadas para ampliar os conhecimentos sobre violência contra mulher (CEREL et al., 2015; RIBEIRO; SILVA, 2015).

2.3 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL, TÉCNICAS DE *LINKAGE* E ANÁLISE ESPACIAL PARA CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

No Brasil os Sistemas de informação em Saúde (SIS) integram a estrutura da vigilância epidemiológica (GUIMARÃES et al., 2017). A implementação oficialmente ao longo das últimas cinco décadas, ampliou o uso de dados para a gestão da saúde e consolidou uma rede composta por sistemas (DANIEL; PEREIRA; MACADAR, 2014). São voltados à operação de estabelecimentos assistenciais, gerência de serviços e investigação de doenças e agravos. Mostram-se fundamentais para conhecimento da situação de saúde, planejamento e programação, ações de controle e avaliação (PEREIRA; TOMASI, 2016).

Os dados de saúde nacionais são disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), através de vários sistemas informatizados, tais como o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o de Agravos de Notificação Compulsória (Sinan). Estes são fundamentais para a mensuração de eventos relacionados a morbidade e mortalidade (MORAIS; COSTA, 2017; SANTOS et al., 2014; SILVA JUNIOR et al., 2016).

O SIM foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1975 e tem como instrumento de coleta de dados a declaração de óbito (DO). O preenchimento da DO é realizado pelo médico ou perito legista, e o registro da causa básica do óbito é baseado na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde, atualmente em sua 10ª revisão (CID-10) (SILVA et al., 2014; SANTOS et al., 2014). As secretarias municipais de saúde são responsáveis pelo registro no SIM das mortes ocorridas em seu território. No caso dos óbitos de residentes que ocorram em outros locais, são localizados através da retroalimentação do sistema (PAIXÃO et al, 2015).

Também cabe as secretarias municipais de saúde a busca-ativa e investigações, que tem como objetivo a melhoria constante da qualidade das informações (GIRODO et al., 2015). O nível de adequação dos dados tem demonstrado evidente melhora em todo o país, particularmente nos estados das regiões Norte e Nordeste. Principalmente em indicadores relacionados a cobertura, regularidade e qualidade dos dados (FRIAS; SZWARCOWALD; LIRA, 2014).

A vigilância epidemiológica dos óbitos de mulheres por agressões pode fornecer indicadores sobre as tendências, características e distribuição geográfica do feminicídio e, indiretamente, de assédio e violência contra as mulheres (MONTINARI; PETRELLA; VIGOTTI, 2015). A maioria dos estudos sobre homicídio usa o SIM como fonte de dados (CARDOSO et al., 2016). Por meio deste sistema não é possível responder se os homicídios de mulheres são provocados em razão do gênero (MENEZES; PORTELA, 2017). Porém, estima-se que cerca de 70% dessas mortes sejam feminicídios (MARGARITES; MENEZES; CECCON, 2017).

Com relação ao monitoramento da violência não letal, no ano 2003 foi publicada a Lei nº 10.778, que normatizou a obrigatoriedade dos profissionais em notificar os casos de violência atendidos nos serviços de saúde públicos e privados (VELOSO et al., 2013). Em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) foi implantado e tem como um dos objetivos a caracterização dos atendimentos de emergência por violências e acidentes. Visa conhecer a distribuição, magnitude e tendência desses agravos (MASCARENHAS et al., 2015).

Os registros e investigações de violências e acidentes passaram a ser realizados a partir de dois componentes: Vigilância por Inquérito - por meio de pesquisa de emergências de municípios selecionados; e Vigilância Contínua - através da notificação das violências doméstica, sexual e outras interpessoais ou autoprovocadas (MALTA et al., 2017).

No ano de 2009 os vários tipos de violência passaram a ser registrados no Sinan. Este sistema é alimentado pelas notificações e investigações de casos de doenças e agravos que

constam na Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória. Entre as quais fazem parte a violência doméstica, sexual e/ou outras violências, que devem ser notificados em ficha própria. O instrumento de notificação e investigação dos casos de violência possui campos de preenchimento referentes a vítima, violência perpetrada, agressores e encaminhamentos (LIMA; DESLANDES, 2015; VELOSO et al., 2013).

Os registros do SIM e do Sinan podem ser usados juntos para complementação de informações de interesse para a vigilância em saúde (BARUFALDI et al., 2017). Os bancos de dados da saúde podem ser vinculados através de um *linkage* (CEREL et al., 2015). O relacionamento de bases de dados ou *linkage* tem sido empregado como estratégia para refinar a qualidade das informações das mais diversas bases de dados da área da saúde (ONAITIS et al., 2018; RAJAGOPAL et al., 2017). Este procedimento permite a recuperação de registros incompletos ou inconsistentes, com objetivo de melhorar a completude e a confiabilidade das informações (MAIA et al., 2017). Consiste em uma técnica usada para vinculação de diferentes bancos de dados, e pode ser executado empregando dois métodos distintos (COELI; PINHEIRO; CAMARGO JÚNIOR, 2015).

O método determinístico é realizado através de um identificador único, presente nas duas bases que se deseja vincular (HAGGER-JOHNSON, et al., 2017). Entretanto, a maioria das bases de interesse para estudos na área de saúde não apresenta um campo comum, sendo necessário utilizar múltiplas variáveis que armazenam dados pessoais (COELI; PINHEIRO; CAMARGO JÚNIOR, 2015). O método probabilístico é uma alternativa na ausência de campo unívoco. Pois permite identificar possíveis pares de registros através da utilização de campos comuns presentes nos bancos de dados que se deseja vincular, tais como nome completo, data de nascimento e endereço (GODOWN et al., 2017; PEREIRA et al, 2014).

Nos EUA o *linkage* probabilístico foi utilizado para analisar a relação de mortes violentas e admissões anteriores nos serviços de emergência por lesões decorrentes de causas externas. Identificou-se em um período de três anos que 10,7% dos suicídios e 8,3% dos homicídios, possuíam registros de admissão na emergência dentro de seis semanas antes da morte (CEREL et al., 2015). O relacionamento de bases de dados também foi importante para identificar os óbitos maternos que estavam associadas a mortes violentas. Foi encontrado 55,6% a mais de mortes violentas associadas a gravidez e puerpério do que foi obtido através da rotina da vigilância (AUSTIN et al., 2016).

No Brasil, o *linkage* foi empregado em um estudo sobre violência contra mulher, que utilizou os SIS para analisar violência sexual e posteriores repercussões desta na gravidez e

parto (SOUTO et al., 2017). Outros autores aplicaram o relacionamento de bases de dados para analisar se as vítimas de violência notificadas no Sinan apresentavam taxas de mortalidade por agressão mais elevadas do que a população feminina geral brasileira. Observou-se que as mulheres adultas com notificação de violência física possuíam um risco 112,2 vezes maior para a morte por agressão do que a população geral (BARUFALDI et al., 2017).

Os resultados obtidos através do *linkage* demonstram a importância deste para a melhoria da qualidade das informações de interesse da vigilância epidemiológica. Pode contribuir desde a caracterização da violência contra a mulher até a obtenção de informações mais completas para reforçar o enfrentamento a este problema de saúde pública (BARUFALDI et al., 2017).

Outra ferramenta que pode ser utilizada pela área da saúde para análise da violência são as técnicas de geoprocessamento, distribuição e análise espacial (AMADOR et al., 2017). Estas técnicas têm sido adotadas para identificação socioespacial de áreas de risco e podem contribuir com as ações de vigilância em saúde e fortalecimento de políticas públicas de combate a violência (RODRIGUES, et al., 2014; AMADOR et al., 2017).

A análise espacial permite observar padrões de distribuição e possibilita identificar as áreas de risco para mortalidade por homicídios (LACERDA et al., 2014). A aplicação da análise espacial de homicídios foi usada em alguns estudos nacionais e internacionais. Para identificar o padrão de distribuição espacial dos homicídios, para identificar os sub-registros de homicídios e ainda relacionar distribuição com condições de vida. (AMADOR et al., 2017; COSTA et al., 2017; TORRES AVILES; VELASCO, 2017).

Estudos tem identificado que violência, vulnerabilidade social e desigualdades territoriais estão relacionadas entre si (RIBEIRO; SILVA, 2015; TAVARES et al., 2016). Uma forma de estudar vulnerabilidade social é utilizando indicadores como o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS). Este índice aponta o acesso, ausência ou insuficiência de condições que deveriam estar disponíveis para todo cidadão, através do Estado. A existência ou falta destas condições determina o bem-estar das populações. O IVS está dividido em três dimensões: IVS Renda e Trabalho, IVS Infraestrutura Urbana (condições de saneamento básico e mobilidade urbana) e IVS Capital Humano (condições de saúde e educação)¹¹. Este índice pode ser usado para avaliar os reflexos das políticas públicas ao longo do tempo. E para avaliar as diferenças entre localidades que possuem indicadores com pior desempenho e que necessitam de maior atenção por parte do poder público (IPEA, 2015).

3 JUSTIFICATIVA

A violência contra mulheres é um grave problema de saúde pública no Brasil e em Pernambuco. As altas taxas de homicídios de mulheres no país evidenciam a magnitude da violência de gênero na sua forma mais extrema.

Os serviços de saúde têm papel fundamental para identificação dos casos de violência contra mulheres e os dados oriundos destes locais são importantes para a caracterização da violência e contribuir para complementação de informações de interesse para a vigilância em saúde. O *linkage* do SIM e Sinan permite conhecer eventos ou situações anteriores aos homicídios para uma melhor compreensão das motivações, circunstâncias e causas. Pode ser importante para o planejamento de medidas de prevenção aos fatores de risco. Além disso, o *linkage* permite a recuperação de informações e consequente melhoria da completitude dos dados. A análise espacial pode identificar áreas críticas para ocorrência de homicídios e prioritárias para as intervenções em saúde.

Os resultados da pesquisa poderão contribuir com a ampliação dos conhecimentos sobre violência contra mulheres. A descrição dos homicídios de mulheres com registros prévios de violência, pode auxiliar no planejamento de ações da rede intersetorial que atua no enfrentamento da violência contra mulheres.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Descrever os homicídios e os registros prévios de violência contra mulheres no estado de Pernambuco, no período de 2012 a 2016.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar os homicídios de mulheres em Pernambuco;

Analisar a distribuição espacial dos homicídios de mulheres e a vulnerabilidade social no estado de Pernambuco;

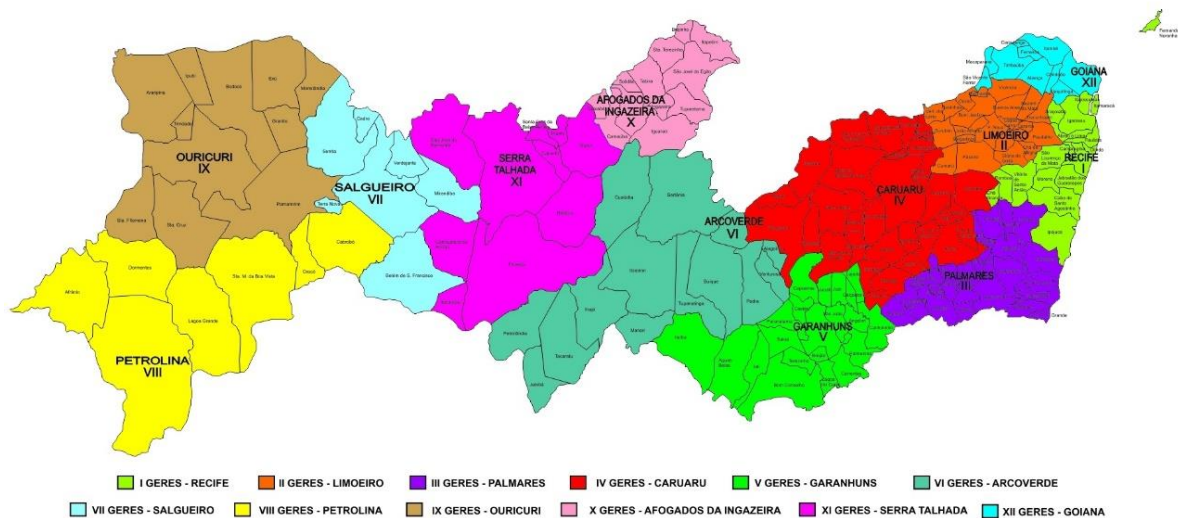
Descrever o perfil das mulheres vítimas de homicídios com notificação de prévia de violência;

Identificar os fatores associados aos homicídios em mulheres que tinham notificação prévia de violência.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 ÁREA DE ESTUDO

O estudo foi realizado no estado de Pernambuco, situado na região Nordeste do Brasil. Com território abrangendo 98.146,32 km², possui 184 municípios e um distrito, Fernando de Noronha. Encontra-se dividido em cinco Mesorregiões, quatro Macrorregiões de Saúde e 12 Regiões de Saúde (Figura 1) (PERNAMBUCO, 2014). De acordo com a estimativa do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2016, a população total é de 9.410.336 habitantes, o que equivale a 4,57% do quantitativo do país. As mulheres são maioria, 4.565.767 de acordo com o censo demográfico de 2010, equivalente a 51,9% do total da população (IBGE, 2018).



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde

Figura 1- Mapa de Pernambuco dividido por Regiões de Saúde

5.2 DESENHO DO ESTUDO

Para atender aos objetivos específicos caracterizar os homicídios de mulheres em Pernambuco e descrever os homicídios de mulheres com registros prévios de violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificação e seus fatores de risco, foi realizado um estudo epidemiológico do tipo transversal, com abordagem quantitativa. No delineamento transversal a situação dos indivíduos em relação a determinada exposição e efeito são medidos em um único ponto no tempo, não existindo período de seguimento dos indivíduos nem

intervenção. É apropriado para descrever características das populações no que diz respeito a certas variáveis e os seus padrões de distribuição (SANTANA; CUNHA, 2012).

E para o objetivo específico analisar a distribuição espacial dos homicídios de mulheres em Pernambuco e as condições de vulnerabilidade social, foi desenvolvido um estudo ecológico. Os estudos ecológicos têm como unidade de análise agregados populacionais. Geralmente estudam áreas geográficas, mas esses agregados podem ser populacionais específicos como grupos étnicos, trabalhadores de determinados setores, por exemplo (AQUINO et al., 2012).

5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO E PERÍODO DE REFERÊNCIA

A população do estudo foi constituída por registros de mulheres a partir dos 10 anos de idade, residentes no Estado de Pernambuco, codificados no SIM como homicídios (codificados como causa de morte pela CID-10, Capítulo XX, Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade, grupo de agressões (códigos X85 a Y09)), entre 1 de janeiro de 2012 e 31 de dezembro de 2016. Com relação a violência prévia, a população do estudo abrangeu registros de mulheres que tinham notificações de algum tipo de violência no Sinan em Pernambuco, entre 1 de janeiro de 2011 e 31 de dezembro de 2016.

5.3.1 Critérios de inclusão

No caso das causas de morte, optou-se por também realizar o *linkage* com os óbitos classificados na CID-10 no Capítulo XX Eventos (fatos) cuja a intenção é indeterminada (Códigos Y10 a Y34), visando refinar os dados da pesquisa e contribuir para a melhoria da qualidade de informação do SIM no estado.

5.3.2 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão elencados referem-se aos registros em que as duas variáveis “nome” e “nome da mãe” não estavam presentes, impossibilitando a identificação após o *linkage*. Assim como, os casos notificados no Sinan envolvendo violência autoprovocada não foram considerados como vítima de violência prévia ao homicídio após o *linkage*.

5.4 FONTES DE DADOS

5.4.1 Sistema de Informação sobre Mortalidade

Os dados dos óbitos por agressão em mulheres serão extraídos do SIM, cujo instrumento de coleta de dados é a DO (Anexo A), que é dividida em nove blocos: I- Identificação, II- Residência, III- Ocorrência, IV- Fetal ou menor que 1 ano, V- Condições e causas do óbito, VI- Médico, VII- Causas Externas, VIII Cartório e IX- Local sem médico, totalizando 59 variáveis, sendo cinco delas específicas para causas externas (variáveis 48 a 52). No Estado de Pernambuco o SIM do vem apresentado melhoras na cobertura, pois 76,6% de seus municípios possuem indicadores satisfatórios em relação às informações vitais (RODRIGUES et al., 2014).

5.4.2 Sistema de Informações de Agravos de Notificações

Os dados de violência cometida contra mulheres foram extraídos do Sinan, fornecido pela Secretaria de Saúde de Pernambuco. O instrumento de coleta de dados desse sistema é a ficha de notificação e investigação individual de violência interpessoal e autoprovocada (Anexo B), que são preenchidas pelos serviços de saúde que realizaram atendimento de mulheres em situação de violência. A Ficha é dividida em 10 blocos: Dados gerais, Notificação individual, Dados de residência, Dados da pessoa atendida, Dados da ocorrência, Violência, Violência sexual, Dados do provável autor da violência, Encaminhamento e Dados finais, totalizando 69 variáveis.

5.4.3 Demográficos

Foram utilizadas como fontes de dados populacionais, as projeções estimadas pelo Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, disponíveis nos Cadernos de Informações de Saúde para os anos de 2012 a 2016 (PERNAMBUCO, 2017).

5.4.4. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Foram utilizadas como fontes de condições de vulnerabilidade social, os Índices de Vulnerabilidade Social (IVS), disponíveis no sítio eletrônico do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

5.5 VINCULAÇÃO DOS BANCOS DE DADOS

Como as bases de dados empregadas neste estudo não possuem um campo identificador único, foi aplicado o método de relacionamento probabilístico de registros entre o banco de dados do SIM (homicídios) e do Sinan (violência), conforme a Figura 2.

A técnica do *linkage* probabilístico tem por princípio a utilização conjunta de campos comuns presentes nas bases analisadas, estimando-se as probabilidades de determinados registros pertencerem às mesmas pessoas (SAYERS, 2016). Foram consideradas como variáveis de pareamento entre os bancos de dados nome, nome da mãe e data de nascimento, para verificar o quão provável um par de registros se refira ao mesmo indivíduo.

O *linkage* foi executado em etapas sequenciais que se iniciaram pelo pré-processamento das duas bases de dados que incluiu limpeza, (verificação da presença de espaços na nomeação dos arquivos e das variáveis, campos vazios, inconsistências e duplicidades). Foi realizada a aplicação de algoritmos para comparação aproximada de similaridade, cálculo de escores que sumarizam o grau de concordância entre registros do mesmo par, pareamento para a definição de limiares para a classificação dos pares de registros relacionados em pares verdadeiros, não pares e pares duvidosos.

Na etapa de padronização dos formatos, foram padronizadas as variáveis: nome, idade, data de nascimento, endereço, bairro de residência e município, seguida da subdivisão dos campos e criação dos campos fonéticos.

A etapa seguinte foi a blocagem de registros, que subdividiu os arquivos de acordo com a chave de indexação. Neste estudo as chaves foram compostas por combinações entre: código fonético do primeiro nome, do último nome, do primeiro nome da mãe e do último nome da mãe, data de nascimento, idade, bairro e município. As comparações de registros foram restritas a registros que concordam no valor das chaves. Os pares duvidosos foram revisados manualmente (COELI; PINHEIRO; CAMARGO, 2015). Todos os pares foram analisados manualmente após o *linkage*. Após a aplicação do *linkage* foi possível identificar a ocorrência de homicídios de mulheres cuja vítima possuía registros de violência prévia no Sinan (Figura 2).

O programa RecLink III foi usado para a aplicação do relacionamento das bases de dados SIM e Sinan.

5.6 DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS E INDICADORES

5.6.1 Variáveis

As variáveis serão definidas de acordo com características das vítimas, dos homicídios em mulheres e da violência prévia (violência sofrida em períodos anteriores ao homicídio), com dados que constam nos bancos do SIM e Sinan, conforme Quadro 1.

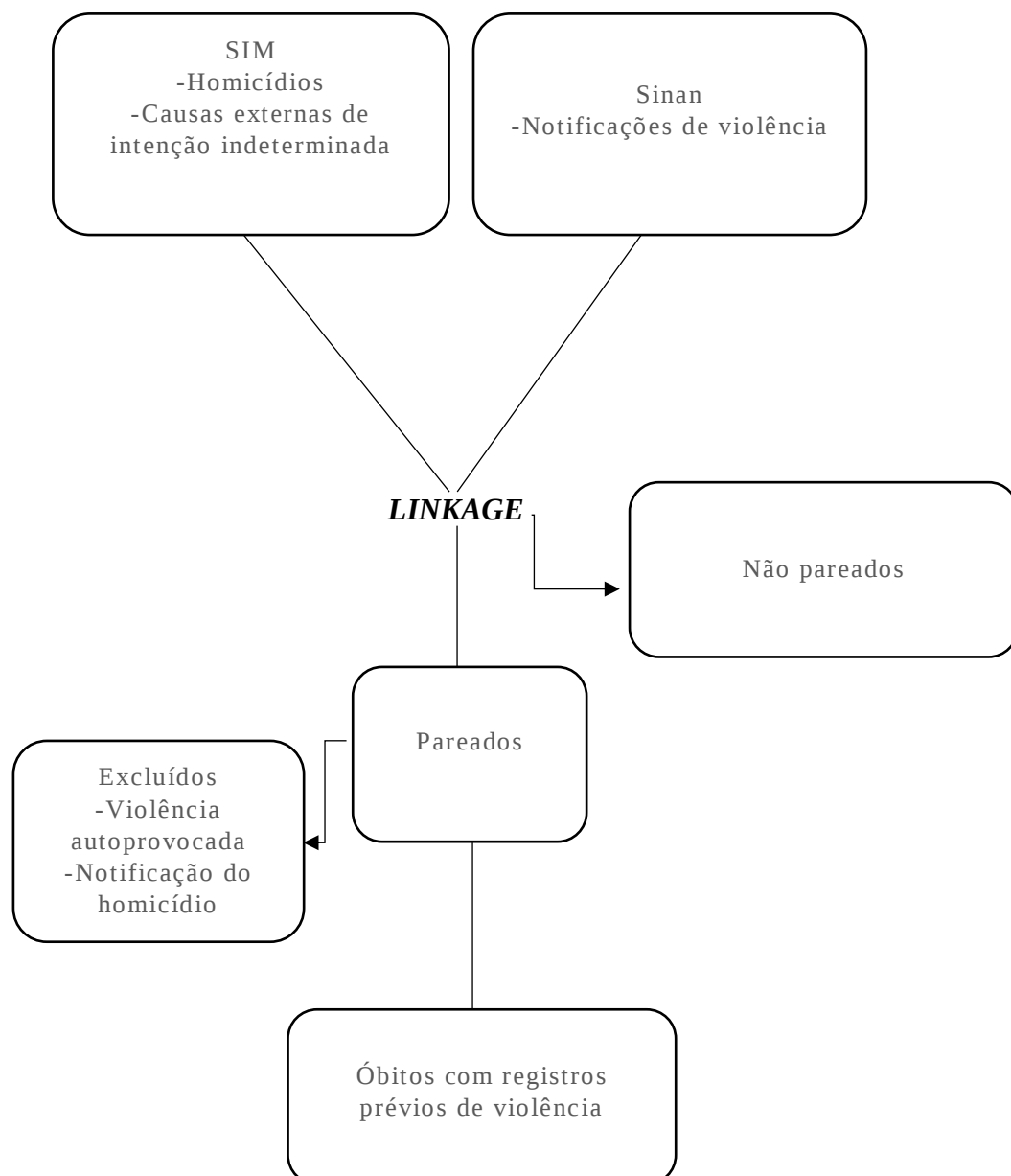
Quadro 1 – Variáveis, definição e categorização

BLOCO	VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
Características da vítima (SIM e Sinan)	Nome	Nome da vítima de violência (sinan) Nome do falecido (SIM)	Nome próprio
	Nome da mãe	Nome da mãe	Nome próprio
	Data de nascimento	Data de nascimento da vítima nos dois bancos	Data
	Endereço Completo	Endereço completo nos dois bancos	Rua, número, complemento, bairro, cidade, estado
	Faixa etária	Idade da vítima definida em anos completos	10-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 e +
	Situação conjugal	Situação conjugal/estado civil da vítima	Solteira - solteira Casada - casada e união consensual Já foi casada - viúva e divorciada
	Raça/cor	Cor da pele	Branca, preta, amarela, parda e indígena, conforme classificação do IBGE no censo de 2010
	Escolaridade	Grau de instrução das vítimas	Sem instrução, fundamental, médio e superior
	Ocupação	Profissão ou trabalho que executava. Ocupação profissional	Com renda – ocupações definidas pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), aposentados e pensionistas;

			Sem renda – do lar, estudante e sem ocupação
Características do homicídio (SIM)	Ano do óbito	Ano da ocorrência do homicídio	2012, 2013, 2014, 2015 e 2016
	Local do óbito	Local de ocorrência do homicídio	Domicílio, hospital, via pública e outros
	Data do óbito	Data da ocorrência do óbito	Data
	Causa da morte	Causa da morte registrada na DO	A categorização do homicídio seguirá a CID-10. Homicídios – agressões e lesões provocadas intencionalmente por outras pessoas (X85-Y09)
	Município de residência	Município do estado de Pernambuco onde a vítima residia	Um dos 184 municípios ou Fernando de Noronha
	Naturalidade	Município/UF que nasceu	Município/UF
	Estabelecimento	Estabelecimento onde ocorreu o óbito	Nome do estabelecimento
Características da violência prévia (Sinan)	Ano da violência prévia	Ano em que ocorreu a violência anterior ao homicídio	2011, 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016
	Data da violência	Data em que ocorreu a violência	Data
	Data da notificação da violência	Data em que ocorreu a notificação da violência	Data
	Tempo entre a violência e o homicídio	Tempo transcorrido entre a violência prévia e o homicídio	Quantificados em dias, meses ou anos
	Local de ocorrência da violência	Local de ocorrência da violência prévia	Residência, via pública e outros
	Meio da agressão	Meio utilizado pelo agressor para provocar a violência	Arma de fogo, objeto contundente/cortante/perfurante, força corporal, queimadura e outros
	Tipo de violência	Tipo da violência prévia que a vítima sofreu	Violência física, psicológica, sexual e outros

	Relação agressor/vítima	Relação do agressor com a vítima	Pai, mãe, padrasto, madrasta, cônjuge, ex-cônjuge, namorado (a), ex-namorado (a), amigos/conhecidos, desconhecido, patrão/chefe e outros
	A lesão foi autoprovocada?	Lesão provocada pela própria pessoa	Sim e não
	Reincidência da violência	Se foi vítima de mais de uma violência prévia	Sim e não

Figura 2. Fluxograma do *linkage* entre SIM e Sinan. Pernambuco, 2012-2016.



5.6.2 Indicadores

Foram calculadas taxas de homicídios de mulheres com registros de violência prévia e na população geral. Por fim, a razão da taxa de mortalidade por homicídio (BARUFALDI et al., 2017).

$$\text{Taxa de homicídios de mulheres sem registros de violência} = \frac{\text{média dos homicídios de mulheres no período}}{\text{população média de mulheres do período}}$$

$$\text{Taxa de mortalidade por homicídios em vítimas com registros prévios de violência} = \frac{\text{nº homicídios de mulheres com violência prévia}}{\text{nº notificações no Sinan}}$$

$$\text{Razão das taxas de homicídios} = \frac{\text{taxa de homicídios das vítimas com registros}}{\text{taxa de homicídios na população feminina em geral}}$$

5.7 ANÁLISE DOS DADOS

5.7.1 Análise descritiva

Para descrever os homicídios obteve-se a análise descritiva dos dados com obtenção de frequências simples e relativas e medidas de tendência central.

5.7.2 Distribuição de Poisson

Análise realizada no artigo 2 - Violência e vulnerabilidade social: análise espacial dos homicídios de mulheres no estado de Pernambuco

Para caracterizar condições de vulnerabilidade no estado foram utilizadas as três dimensões do Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) construído pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (IPEA, 2019). São eles: IVS Renda e Trabalho, IVS Infraestrutura e IVS Capital Humano. A interpretação do IVS foi feita da seguinte forma: quanto mais alta a vulnerabilidade social em determinado território, maior a precariedade das condições de vida da população habitante (IPEA, 2015).

Os IVS com valores mais próximos a 1 (pior situação) e valores próximos a 0 (zero) indicam baixa, ou inexistente, vulnerabilidade social. Os valores são classificados de forma crescente: entre 0 e 0,200 (muito baixa vulnerabilidade social); 0,201 e 0,300 (baixa); 0,301 e 0,400 (média); 0,401 e 0,500 (alta) e 0,501 e 1 (muito alta vulnerabilidade social) (IPEA, 2015).

Foi utilizada a Distribuição de Poisson inflacionada de zeros para analisar áreas de maior vulnerabilidade social com as prioritárias apontadas na análise espacial e avaliar os efeitos que cada IVS pode ter sobre as taxas de homicídios.

O modelo Poisson inflacionado de zeros trás as mesmas propriedades do modelo de Poisson com o acréscimo de um parâmetro na distribuição, que irá modelar a probabilidade de Y ser zero a partir da função de ligação *logit*. Neste estudo, o parâmetro adicional modelou a probabilidade dos municípios terem taxa de homicídios igual a zero. Portanto, o modelo é definido da seguinte forma:

$$\mu = e^{X\beta + \epsilon}$$

e

$$\sigma = \frac{1}{1 + e^{-X\beta + \epsilon}}$$

onde μ é a taxa de homicídio e σ é a probabilidade do município ter taxa igual a zero.

O efeito individual foi calculado utilizando os valores medianos de cada IVS. Desta forma é possível identificar quando alguma variável possui efeito individual negativo, isto é, a partir de quais valores os índices passam a diminuir a taxa de homicídios.

As análises estatísticas foram realizadas com o programa R versão 3.4.1.

3.7.3 Regressão logística

Análise realizada no artigo 4 - Registros de violência e fatores associados aos homicídios de mulheres

Para identificar possíveis associações entre as variáveis independentes, (situação conjugal, raça/cor, zona de residência, zona de ocorrência, local de ocorrência, violência psicológica, violência física, violência sexual e reincidência) e dependente (homicídio) foi realizado o teste qui-quadrado de

Pearson para dependência, em que, a hipótese nula é de que não existe dependência entre as variáveis e a hipótese alternativa é a de que existe dependência. Sendo assim, caso o p-valor seja menor que o nível de significância adotado, rejeita-se a hipótese nula e constata-se que existe associação entre as variáveis.

Para identificar associação, isto é, como a variável afeta o homicídio o risco relativo foi calculado. Risco relativo foi obtido através da tabela e fórmula abaixo:

$$RR = \frac{\frac{N_{11}N_{12}N_{21}N_{22}N_{p1}N_{p2}}{N_{k1}}}{\frac{N_{11} + N_{21} + \dots + N_{k1}}{N_{12} + N_{22} + \dots + N_{k2}}}$$

em que $k = 1, 2, \dots, p$.

Foi utilizado o modelo de regressão logística, para estimar a probabilidade de ocorrência de homicídio de acordo com as variáveis independentes. Para uma independente ser adotada na estimação do modelo, o nível de significância do teste qui-quadrado deve ser menor ou próximo a 0,2 e caso a variável seja numérica, o teste aplicado a ela deve ser estatisticamente significativo. O método *stepwise* foi usado para a seleção de variáveis objetivando diminuir a complexidade do modelo. Após a aplicação do *stepwise*, variáveis não significantes foram retiradas do modelo. A interpretação dos coeficientes foi feita a partir da razão de chances.

5.7.4 Análise espacial

Análise realizada no artigo 3 - Violência e vulnerabilidade social: análise espacial dos homicídios de mulheres no estado de Pernambuco

As unidades de análise foram constituídas por 184 municípios. O distrito Fernando de Noronha (sem registros de homicídios de mulheres) foi excluído pela ausência de municípios limítrofes, pré-requisito para aplicação das técnicas de análise espacial. Foram excluídos os homicídios (n=18) cujas informações sobre municípios de residência não constavam no SIM. Foram calculadas taxas médias de mortalidade: média de homicídio/média da população de mulheres a partir dos 10 anos de idade residente em Pernambuco no meio do período, multiplicado por 100.000. As taxas foram utilizadas como base para construção do mapa da distribuição espacial.

A técnica de análise espacial bayesiana permite comparar os municípios. As taxas corrigidas são menos instáveis, pois consideram não só a informação do município, mas

também a de seus vizinhos. Permitindo adicionar uma suavidade espacial ao modelo (SILVA et al., 2014). A partir das taxas suavizadas utilizou-se o Índice de Moran para identificar conglomerados de áreas com riscos para ocorrência de casos. Valores positivos (entre 0 e 1) indicam que existe autocorrelação espacial e valores negativos (entre 0 e -1) indica ausência de autocorrelação (SILVA et al., 2014).

A identificação de áreas críticas avaliada pelo diagrama de espalhamento de Moran, para comparar o valor de cada município estudado com municípios vizinhos e exibir padrões espaciais. Os quadrantes gerados pelo diagrama permitem classificar os municípios nos quadrantes Q1 (valores positivos, médias dos municípios vizinhos positivas), Q2 (valores negativos, médias dos municípios vizinhos negativas), Q3 (valores positivos, médias dos municípios vizinhos negativas) e Q4 (valores negativos, médias dos municípios vizinhos positivas) (BRAZ et al., 2014).

Para identificar conglomerados para homicídios de mulheres foi realizada a localização das áreas que possuem relação espacial positiva (Q1), obtida pelos valores do diagrama de espalhamento de Moran e representada pelo Box Map. Em seguida foi construído o Moran Map, que considera as áreas que possuem relação espacial positiva, identificadas a partir do Box Map, com a significância espacial igual ou abaixo de 5%. Considerou-se áreas críticas os municípios pertencentes a classe Q1 do Moran Map. O quadrante Q2 indica áreas com baixo nível de homicídio e os quadrantes Q3 e Q4 áreas de transição.

As análises espaciais foram realizadas com os programas TerraView 4.2.2 e o QGIS 2.14.17. Sistema de Referência SIRGAS 2000 e Sistema de Coordenadas Geográficas.

5.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Em atendimento às normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos – Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado em 29/10/18 (Anexo C) pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) (Parecer nº 2.986.711) e obteve a anuência da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (Anexo D).

6 RESULTADOS

Serão apresentados a seguir cinco artigos. Um artigo destina a caracterizar os homicídios de mulheres em Pernambuco (Apêndice A). Artigo 1 se refere a uma nota prévia. Os outros três artigos são artigos originais: Artigo 2 trata de analisar a distribuição espacial dos homicídios de mulheres e as condições de vulnerabilidade social em Pernambuco; o artigo 3 descreve os homicídios de mulheres com registros prévios de violência; o artigo 4 identifica os fatores associados aos homicídios com notificação prévia de violência.

6.1 ARTIGO 1 - HOMICÍDIOS E VIOLÊNCIA PRÉVIA CONTRA A MULHER: ESTUDO TRANSVERSAL*

SITUAÇÃO PROBLEMA E SUA SIGNIFICÂNCIA

A violência contra a mulher é um problema mundial crescente e tem o homicídio como resultado mais extremo⁽¹⁾. Muitas vezes os homicídios femininos são precedidos por agressões, que foram registradas nos serviços de saúde, em algum período anterior ao óbito⁽²⁾.

No Brasil, entre os anos de 2011 e 2015, foram notificadas nos serviços de saúde 567.456 mulheres vítimas dos diversos tipos de violência e 23.278 óbitos femininos por agressão⁽³⁾. Os registros do SIM e do Sinan podem ser usados para complementação de informações de interesse para a vigilância em saúde⁽³⁾.

O relacionamento de bases de dados ou *linkage* é uma técnica para vinculação de diferentes bancos de dados e tem se mostrado uma ferramenta útil para recuperar informações e melhorar a completude de dados, inclusive em estudos sobre violência contra mulheres⁽³⁾.

O *linkage* entre o SIM e o Sinan permitirá conhecer eventos anteriores aos homicídios. Pode auxiliar para uma melhor compreensão das circunstâncias e causas e ser importante para o planejamento de medidas de prevenção aos fatores de risco.

PERGUNTA DA PESQUISA

Quais as características homicídios de mulheres com registros prévios de violência, a partir do relacionamento das bases de dados da saúde?

OBJETIVO

Caracterizar os homicídios de mulheres com registros prévios de violência, a partir do relacionamento das bases de dados da saúde.

MÉTODO

A área de estudo será o estado de Pernambuco, que possui 184 municípios e um distrito, Fernando de Noronha. Encontra-se dividido em cinco Mesorregiões e 12 Regiões de Saúde. Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa.

A população do estudo se constituirá de mulheres a partir dos 10 anos de idade vítimas de homicídios, entre 2012 e 2016, residentes no estado. Serão incluídos os óbitos cuja causa de morte foi codificada no SIM pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10 Revisão (CID-10), no Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade (códigos X85 a Y09 - Agressões). E que tenham notificações de algum tipo de violência no Sinan entre 2011 e 2016. Como fontes de dados populacionais serão utilizadas as projeções intercensitárias estimadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para os anos de 2012 a 2016.

Os dados dos homicídios femininos serão extraídos do SIM, cujo instrumento de coleta é a Declaração de Óbito (DO), que possui 59 variáveis; e os dados de violência contra mulheres obtidos do Sinan. O instrumento de coleta desse sistema é a ficha de notificação e investigação individual de violência interpessoal e autoprovocada, que possui 69 variáveis, e são preenchidas

*Nota prévia aceita para publicação na revista Online Brazilian Journal of Nursing (Anexos E e F)

pelos serviços de saúde que realizaram atendimento de mulheres em situação de violência.

Como o SIM e o Sinan não possuem um campo identificador único, será aplicado o método de relacionamento probabilístico de registros. Consideram-se como variáveis de pareamento nome, nome da mãe e data de nascimento. O programa RecLink III será usado para a aplicação do *linkage*, que se executa em etapas que se iniciam pela limpeza das bases de dados.

Na etapa seguinte, serão padronizadas as variáveis: nome, idade, data de nascimento, endereço, bairro de residência e município, seguida da subdivisão dos campos e criação dos campos fonéticos. Em seguida será realizado o cálculo de escores, para a definição de limiares de classificação dos pares de registros relacionados em pares verdadeiros, não pares e pares duvidosos.

A etapa subsequente será a bloqueio de registros, que subdivide os arquivos de acordo com a chave de indexação, formadas a partir das variáveis de pareamento. As comparações de registros são restritas a concordância do valor das chaves. Os pares duvidosos serão revisados manualmente. O linkage possibilitará identificar entre os homicídios, quais possuem registros prévios de violência no Sinan.

A análise dos óbitos e da violência prévia ocorrerá através do programa R 3.4.1 for Windows, através da estatística descritiva. O teste do qui-quadrado de Pearson verificará as associações entre as variáveis. Serão calculadas taxas de homicídios em mulheres com e sem registros prévios de violência. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE 91858618.9.0000.5208).

RESULTADOS ESPERADOS

Os resultados deste estudo poderão contribuir na ampliação dos conhecimentos sobre violência contra mulheres e no planejamento de ações da rede intersetorial que atua na prevenção da violência.

REFERÊNCIAS

1. Fernbrant C. et al. Increased Risk of Mortality Due to Interpersonal Violence in Foreign-Born Women of Reproductive Age: A Swedish Register-Based Study. *Violence Against Women* [online]. 2016 [cited 2018 june 30]; 22(11): 1287 – 1304. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077801215623380?journalCode=vawa>
2. Mamo C. Are Emergency Department Admissions in the Past Two Years Predictors of Femicide? Results from a Case–control Study in Italy. *J. Fam. Viol* [online]. 2015 [cited 2018 june 25]; 30(7):853–858. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10896-015-9726-6>
3. Barufaldi LA. et al. Gender violence: a comparison of mortality from aggression against women who have and have not previously reported violence. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2017 [cited 2018 june 23]; 22(9):2929-2938. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123201700290292

9

6.2 ARTIGO 2 - VIOLÊNCIA E VULNERABILIDADE SOCIAL: ANÁLISE ESPACIAL DOS HOMICÍDIOS DE MULHERES NO ESTADO DE PERNAMBUCO*

INTRODUÇÃO

A violência contra mulher é um problema de saúde pública crescente e tem se mostrado uma preocupação global nas suas mais diversas formas⁽¹⁾. O homicídio é a forma mais extrema da violência contra mulheres^(1,2). Do total de vítimas de homicídio no mundo um quinto são do

sexo feminino⁽³⁾. Entre 2008 e 2014 as taxas médias de homicídios de mulheres foram de 0,5/100.000 na Itália, 0,8/100.000 na Alemanha e 2,1/100.000 nos Estados Unidos⁽⁴⁾. No Brasil, em 2013, ocorreram 4.762 homicídios de mulheres, apresentando uma taxa de 4,8 por 100.000 mulheres. Com esta taxa o Brasil ocupou o quinto lugar entre 83 países do mundo⁽⁵⁾. No estado de Pernambuco entre 2006 e 2016 a taxa média de homicídios na população feminina foi de 5,7 por 100.000 mulheres⁽⁶⁾.

Uma ferramenta que pode ser utilizada pela área da saúde para estudar a violência é a análise espacial⁽⁷⁾, que permite observar padrões de distribuição e possibilita identificar as áreas de risco para ocorrência de homicídios⁽⁸⁾. Estudos têm identificado que violência, vulnerabilidade social e desigualdades territoriais estão relacionadas entre si^(9,10).

Entende-se a vulnerabilidade social como um conjunto de características, de recursos (materiais ou representativos) e de habilidades individuais ou coletivas, que podem estar insuficientes ou ineficazes para o aproveitamento das oportunidades na sociedade. Interferindo na qualidade de vida dos indivíduos⁽¹¹⁾.

É possível estudar vulnerabilidade social utilizando indicadores sintéticos como o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS). Os indicadores sintéticos são medidas usadas para compreender uma certa realidade social ou dimensões sociais e podem ser utilizados em relação às dinâmicas de desenvolvimento populacionais, espaciais e ambientais ⁽¹²⁾.

O IVS aponta o acesso, ausência ou insuficiência de condições que deveriam estar disponíveis para todo cidadão, por ação do Estado. O IVS divide-se em três dimensões: IVS

O IVS aponta o acesso, ausência ou insuficiência de condições que deveriam estar disponíveis para todo cidadão, por ação do Estado. O IVS divide-se em três dimensões: IVS Renda e Trabalho, IVS Infraestrutura Urbana (condições de saneamento básico e mobilidade

*Artigo original submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva – número temático: Saúde: desigualdades, vulnerabilidade e políticas públicas (Anexo H)

urbana) e IVS Capital Humano (condições de saúde e educação)⁽¹³⁾. A análise espacial pode favorecer ampliação dos conhecimentos sobre a mortalidade feminina por homicídios e identificar áreas prioritárias para as intervenções em saúde. A identificação de condições de vulnerabilidade social visa auxiliar no planejamento de políticas públicas para diminuição das taxas de homicídios no estado. O objetivo deste estudo foi analisar a distribuição espacial dos homicídios de mulheres e as condições de vulnerabilidade social em Pernambuco, entre 2012 e 2016.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico que utilizou os municípios e as Regiões de Saúde do estado de Pernambuco como unidade de análise. Com superfície territorial de 98.146,32 km², o estado possui 184 municípios e um distrito, Fernando de Noronha. Encontra-se dividido em cinco Mesorregiões e 12 Regiões de Saúde (RS). De acordo com a estimativa do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2016, a população total é de 9.410.336 habitantes, o que equivalente a 4,57% do quantitativo do país. As mulheres são maioria, 4.565.767 de acordo com o censo demográfico de 2010, equivalente a 51,9% do total da população⁽¹⁴⁾.

O distrito Fernando de Noronha foi excluído do estudo pela ausência de municípios limítrofes, pré-requisito para aplicação das técnicas de análise espacial. Também não há registros de homicídios de mulheres em Fernando de Noronha no período do estudo. Foram excluídos 18 homicídios cujas informações sobre municípios de residência não constavam no SIM.

Os dados dos homicídios foram extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), cujas causas de morte foram codificadas pela Classificação Estatística Internacional de

Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), Capítulo XX de causas externas de morbidade e de mortalidade (códigos X85 a Y09 - Agressões). Os dados demográficos foram extraídos a partir das projeções foram estimadas pela Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Esta fonte de dados foi escolhida por disponibilizar informações por município e faixa etária.

Foram calculadas taxas médias de mortalidade: média de homicídio/média da população de mulheres a partir dos 10 anos de idade residente em Pernambuco no meio do período, multiplicado por 100.000. As taxas foram utilizadas como base para construção do mapa da distribuição espacial.

Análise Espacial

Para a análise espacial, utilizaram-se técnicas de suavização da taxa bruta de mortalidade pelo método bayesiano empírico local e o diagrama de espalhamento de Moran, aplicados sobre a base cartográfica digital de Pernambuco.

A técnica de análise espacial bayesiana permite comparar os municípios. As taxas corrigidas são menos instáveis, pois consideram não só a informação do município, mas também a de seus vizinhos, permitindo adicionar uma suavidade espacial ao modelo⁽¹⁵⁾. A partir das taxas suavizadas utilizou-se o Índice de Moran para identificar conglomerados de áreas com riscos para ocorrência de casos. Valores positivos (entre 0 e 1) indicam que existe autocorrelação espacial e valores negativos (entre 0 e -1) indica ausência de autocorrelação⁽¹⁵⁾.

A identificação de áreas críticas foi avaliada pelo diagrama de espalhamento de Moran para comparar o valor de cada município estudado com municípios vizinhos e exibir padrões espaciais. Os quadrantes gerados pelo diagrama permitem classificar os municípios nos quadrantes Q1 (valores positivos, médias dos municípios vizinhos positivas), Q2 (valores negativos, médias dos municípios vizinhos negativas), Q3 (valores positivos, médias dos

municípios vizinhos negativas) e Q4 (valores negativos, médias dos municípios vizinhos positivas)⁽¹⁶⁾.

Para identificar conglomerados para homicídios de mulheres foi realizada a localização das áreas que possuem relação espacial positiva (Q1), obtida pelos valores do diagrama de espalhamento de Moran e representada pelo Box Map. Em seguida foi construído o Moran Map, que considera as áreas que possuem relação espacial positiva, identificadas a partir do Box Map, com a significância espacial igual ou abaixo de 5%. Considerou-se áreas críticas os municípios pertencentes à classe Q1 do Moran Map. O quadrante Q2 indica áreas com baixo nível de homicídio e os quadrantes Q3 e Q4 áreas de transição. As análises espaciais foram realizadas com os programas TerraView 4.2.2 e o QGIS 2.14.17. Sistema de Referência SIRGAS 2000 e Sistema de Coordenadas Geográficas.

Vulnerabilidade Social

Para caracterizar condições de vulnerabilidade no estado foram utilizadas as três dimensões do Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) construído pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). São eles: IVS Renda e Trabalho, IVS Infraestrutura e IVS Capital Humano.

O índice Renda e Trabalho dimensiona insuficiência de renda e inserção precária no mercado de trabalho. Incorpora também outros fatores, como desocupação de adultos, ocupação informal de adultos com pouca escolaridade, dependência de pessoas da renda de idosos e existência de trabalho infantil⁽¹³⁾. O IVS capital humano envolve indicadores de mortalidade infantil, mães precoces, mães chefes de família com baixa escolaridade e filhos menores, domicílios com crianças e jovens que não frequentam a escola, adultos com baixa escolaridade e jovens que não trabalham e não estudam⁽¹³⁾. O IVS Infraestrutura Urbana reflete a vulnerabilidade relacionada ao acesso a saneamento básico e mobilidade urbana ⁽¹³⁾.

A interpretação do IVS foi feita da seguinte forma: quanto mais alta a vulnerabilidade social em determinado território, maior a precariedade das condições de vida da população habitante. Os IVS com valores mais próximos a 1 (pior situação) e valores próximos a 0 (zero) indicam baixa, ou inexistente, vulnerabilidade social. Os valores são classificados de forma crescente: entre 0 e 0,200 (muito baixa vulnerabilidade social); 0,201 e 0,300 (baixa); 0,301 e 0,400 (média); 0,401 e 0,500 (alta) e 0,501 e 1 (muito alta vulnerabilidade social)⁽¹³⁾.

Foi utilizada a Distribuição de Poisson inflacionada de zeros para analisar áreas de maior vulnerabilidade social com as prioritárias apontadas na análise espacial e avaliar os efeitos que cada IVS pode ter sobre as taxas de homicídios. O modelo Poisson inflacionado de zeros contém as mesmas propriedades do modelo de Poisson com o acréscimo de um parâmetro na distribuição, que irá modelar a probabilidade de Y ser zero a partir da função de ligação *logit*. Neste estudo, o parâmetro adicional modelou a probabilidade dos municípios terem taxa de homicídios igual a zero.

O efeito individual foi calculado utilizando os valores medianos de cada IVS. Desta forma é possível identificar quando alguma variável possui efeito individual negativo, isto é, a partir de quais valores os índices passam a diminuir a taxa de homicídios.

As análises estatísticas foram realizadas com o programa R versão 3.4.1. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE 91857618.9.0000.5208).

RESULTADOS

Foram registrados no SIM 1.144 homicídios de mulheres residentes no estado de Pernambuco no período estudado. Identificou-se 40 municípios com as taxas mais altas (entre 8,0 e 17,0 por 100.000 mulheres). O município com menor taxa foi Santa Maria da Boa Vista

(1,2 por 100 mil mulheres), situado na VIII Região de Saúde. Os municípios com taxas mais elevadas foram Camutanga (17,1 por 100.000 mulheres), Jatobá (16,3 por 100.000) e Iguaraci (15,9 por 100.000 mulheres), pertencentes às XII, VI e X RS, respectivamente (Figura 1A).

A correção da taxa pelo estimador bayesiano empírico local discriminou os municípios com taxas de mortalidade mais elevadas ($n=130$ municípios). As taxas maiores variaram entre 5,1 e 9,0 por 100.000 habitantes e estavam concentrados principalmente nas I, III, IV, V, X, XI e XII RS (Figura 1B).

O índice de Moran global das taxas suavizadas foi de 0,6 ($p = 0,01$). No Box Map é possível verificar os municípios Q1 ($n=24$), que são críticos para ocorrência de homicídios (Figura 1C). Identificou-se cinco conglomerados e um município crítico (Q1), quatro conglomerados de baixo nível (Q2) e um município em transição (Q3). As áreas Q1 (conglomerados críticos) estão localizadas nas RS: I (dois municípios), III (oito municípios), IV (oito municípios), XII (dois municípios) e VI (três municípios, sendo um conglomerado e um município isolado) (Figura 1D).

Constatou-se que IVS Infraestrutura Urbana a maior parte dos municípios possuem baixa (0,201 a 0,300) ou média (0,301 a 0,400) vulnerabilidade social (Figura 2A). Com relação ao IVS Capital Humano (Figura 2D) e o IVS Renda e Trabalho (Figura 2G) foram alto (0,401 a 0,500) ou muito alto (0,501 a 1) em quase totalidade dos municípios. Todas as áreas críticas (Q1), possuem IVS Renda e Trabalho e IVS Capital Humano altos ou muito altos.

Verificou-se conglomerados de municípios com alta vulnerabilidade social relacionada a infraestrutura urbana na I RS e um município na VI RS (Figura 2C). Assim como, conglomerados com alta vulnerabilidade relacionados aos IVS Capital Humano (Figura 2F) e IVS Renda e Trabalho (Figura 2I) nas III, V e VI RS.

Na tabela 1 percebe-se que a I RS possui o menor IVS Renda e Trabalho (0,488) e a V RS o maior (0,605). A I RS tem o menor IVS Capital Humano (0,450) e a VI RS o maior

(0,608). Quanto ao IVS infraestrutura urbana, a VII RS apresenta o menor índice médio (0,223) e a I RS o maior (0,438). As RS VI, IX e XII apresentam as maiores taxas de mortalidade por homicídio. A VI RS está entre as taxas mais altas de homicídio e do IVS capital humano.

. A partir modelo de Poisson foram calculados os efeitos individuais de cada IVS sobre as taxas de homicídio. O efeito individual do IVS Renda e Trabalho é de -12,845, um valor negativo, portanto o IVS Renda e Trabalho sempre ajuda a diminuir as taxas de homicídio para todas as RS e quanto menor o seu valor, maior a diminuição. O IVS Infraestrutura Urbana o efeito individual é de 4,684. Verifica-se que este efeito pode diminuir as taxas de homicídio nas RS em que o IVS Infraestrutura Urbana for maior que 0,428 (Tabela 2).

O IVS Capital Humano atua de formas diferentes para cada RS. Para as áreas Q1 apresentam os seguintes valores: Na I RS o efeito individual é de 14,6, as taxas de homicídios podem diminuir com índices menores que 0,384. Para a III RS o efeito individual é de -13,95, as taxas de homicídios diminuem a partir de valores menores que 0,704. Na IV RS, o efeito de diminuição é partir de índices abaixo de 0,522, na VI RS abaixo de 0,645 e na XII RS a partir 0,640.

DISCUSSÃO

A partir da análise espacial foi possível identificar cinco áreas críticas para ocorrência de homicídio. Os IVS Renda e Trabalho e Capital Humano estão classificados como alto ou muito alto na maior parte das RS e municípios. Nas áreas críticas, verificou-se que quando o IVS Capital Humano fica mais baixo diminui as taxas de homicídio. O IVS Renda e Trabalho ajuda a diminuir as taxas de homicídio em todas as RS e quanto menor o índice, maior a diminuição das taxas de homicídio.

Os coeficientes de mortalidade mais altos e conglomerados críticos para homicídios de mulheres concentraram-se em municípios distantes da região metropolitana, localizados principalmente na III RS (Zona da Mata Sul) e na IV RS (Agreste Central pernambucano).

Fatores culturais podem influenciar nestes resultados, como a presença ainda forte dos padrões culturais de hierarquias de gênero. Sabe-se que é frequente em municípios distantes das metrópoles, as mulheres não denunciarem a violência doméstica ou estupros, principalmente em ambientes familiares⁽¹⁷⁾. Geralmente pelo medo do julgamento que pode ser praticado pela sociedade local, medo de represálias e maior dificuldade de acesso a serviços de proteção às vítimas de violência⁽¹⁷⁾. Identificar a violência e oferecer proteção às vítimas é importante, pois muitas vezes o homicídio é o desfecho de um histórico de agressões contínuas⁽¹⁸⁾.

Os serviços protetivos, como delegacias de mulheres e casas abrigo, estão distribuídos de forma desigual no Brasil, sendo mais presentes nas capitais e regiões metropolitanas, algo que dificulta a efetividade destes serviços de combate à violência de maneira uniforme entre os municípios⁽¹⁹⁾. Tais serviços que formam a rede intersetorial de atenção às mulheres vítimas de violência precisam ser amplamente distribuídos em todo o estado. Sobretudo em áreas identificadas por este estudo como críticas para a ocorrência de homicídios de mulheres. A ampliação dos meios de acesso aos serviços de setores que atendam vítimas de violência e o reforço das políticas e planos de ação para o controle da violência contra a mulher poderiam ser diminuição efetiva dos casos de homicídios relacionados a violência⁽²⁰⁾.

Diferente dos homicídios masculinos, os homicídios de mulheres acontecem principalmente no domicílio e são sugestivos de violência doméstica e familiar⁽²¹⁻²³⁾. Nos Estados Unidos 11,2% das vítimas de homicídio relacionado com violência por parceiro íntimo, sofreram algum tipo de violência no mês anterior à sua morte⁽²⁴⁾.

Um estudo realizado em Pernambuco demonstrou que houve impactos diferentes das ações do Pacto pela Vida (primeira política pública do governo pernambucano para a área da segurança, implementada a partir de 2007) sobre os homicídios de homens e mulheres. Houve maior a redução entre os homens e menor ou inexistente nos casos em que as vítimas são mulheres, com diferenças importantes entre regiões no estado⁽²⁵⁾. Verificou-se que, para os casos com vítimas mulheres, houve aumento de 9,1% na Zona da Mata Sul entre 2007 e 2011, enquanto que no Agreste central pernambucano não houve variação⁽²⁵⁾.

Em quase todos os municípios o IVS renda e trabalho e o IVS capital humano foram alto ou muito alto. Identificou-se que o IVS renda e trabalho em todas as RS ajuda a diminuir as taxas de homicídio e quanto menor o seu valor, maior a diminuição. Estes resultados sugerem que investimentos em políticas públicas para geração de empregos são necessárias para melhorar a qualidade de vida da população e minimizar a vulnerabilidade social. Investimentos na área de emprego e renda poderiam contribuir para a diminuição das taxas de homicídios de mulheres no estado.

Estudos demonstram que mulheres que estão em situação de desemprego tem maior risco de sofrer violência e também de ser vítima de homicídios⁽²⁶⁻²⁸⁾. Mulheres cujos parceiros íntimos estão desempregados também têm maior risco de sofrer violência⁽²⁶⁾.

Morar em locais em que a população possui níveis de renda insatisfatórios também são fatores associados à violência e homicídio⁽²⁹⁾. Na Espanha foi verificado uma associação direta entre mulheres residirem em regiões com altas taxas de desemprego masculino e a probabilidade de sofrer violência por parceiro íntimo ($P = 0,007$). Também foi encontrada associação entre a desigualdade de renda na região onde reside e a probabilidade de ser vítima de violência ($P < 0,001$)⁽³⁰⁾.

Nas RS que possuem conglomerados críticos para homicídios o IVS capital humano foi classificado como muito alto, com exceção da I RS. Entende-se que investimentos públicos

para melhorar saúde e educação nestas RS podem contribuir para diminuir as taxas de homicídios. E embora fosse preciso um pouco mais de investimentos em saúde e educação para as demais RS (sem áreas Q1), nestas RS os investimentos também influenciariam na diminuição das taxas de homicídios. Mulheres com menos escolaridade apresentam maior risco de ser vítima de homicídio⁽³¹⁾. Um estudo com dados do SIM de 2011 a 2015, identificou que a maior parte das mulheres vítimas de homicídio possuíam até sete anos de estudo (37,6%)⁽³²⁾.

O acesso condições de saúde de qualidade diminuem o risco da ocorrência de violência contra mulher⁽³³⁾. Entende-se que além do acesso a melhores condições de saúde em geral, o acesso a serviços de saúde em situações de violência pode minimizar o risco de homicídios.

Na Itália, 52,4% das mulheres vítimas de homicídios tinham registros atendimento em serviços de emergência motivados por agressões físicas, nos 24 meses anteriores à sua morte⁽³⁴⁾. Os serviços de saúde são locais importantes para identificação e resposta à violência contra a mulher, pois muitas vezes são o primeiro local onde as vítimas buscam atendimento^(23,35). Tais serviços são responsáveis por acolher e implementar medidas preventivas e assistenciais^(36,37). Nos Estados Unidos os protocolos de triagem à violência por parceiro íntimo nas emergências têm melhorado a atenção às vítimas de violência⁽³⁸⁾.

A I RS, composta por municípios da Região Metropolitana do Recife, possui os melhores índices para capital humano e renda e trabalho, entretanto possui os piores índices para infraestrutura urbana. Entre as três dimensões de IVS estudados este foi o que menos interferiu nas taxas de homicídios.

Identifica-se que os principais para ocorrência de homicídios, apontados neste estudo, localizados nas RS III e IV (compostos por oito municípios cada um) também são duas das três regiões que apresentaram *clusters* com IVS Capital Humano e renda e trabalho altos e muito altos. Estes resultados sugerem as áreas críticas para ocorrência de homicídios podem estar relacionadas com a vulnerabilidade social e que investimentos públicos para melhorar

condições saúde, educação, renda e trabalho podem contribuir para a redução das taxas de homicídios de mulheres.

Percebe-se que as áreas representadas pelas dimensões de vulnerabilidade social, influenciam nas taxas de homicídios. Entretanto, outras políticas específicas sobre violência contra mulher também precisam ser fortalecidas. Assim como as legislações específicas que se concentram na prevenção e controle à violência contra mulheres⁽³⁹⁾. Como a Lei Nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) que confere significância aos crimes praticados, estabelece medidas de proteção à vítima e punições a quem os pratica⁽⁴⁰⁾. Assim como a Lei n.º 13.104/2015 (Lei do Feminicídio), que alterou o Código Penal e passou a considerar crime hediondo o assassinato de mulheres unicamente pela condição do sexo feminino⁽⁴¹⁾.

O estudo apresenta limitações, uma vez que utilizou dados secundários do SIM, que podem conter subnotificações dos casos de homicídios e problemas no preenchimento das declarações de óbito. Foram excluídos 18 homicídios cujas informações sobre municípios de residência não constavam no SIM.

CONCLUSÕES

Este estudo possibilitou a identificação de áreas críticas de ocorrência de homicídios de mulheres, através da análise espacial. Permitiu reconhecer como a mortalidade por homicídios podem estar relacionadas com condições de vulnerabilidade social. Informações como estas podem ser utilizadas na condução de medidas que visam redução das mortes, especialmente nas áreas onde estão localizados os conglomerados críticos em Pernambuco.

Referências

1. Fernbrant C, Essén B, Esscher A, Östergren P-O, Cantor-Graae E. Increased Risk of Mortality Due to Interpersonal Violence in Foreign-Born Women of Reproductive Age.

Violence Against Women [Internet]. 2016 Oct 9 [cited 2019 Feb 6];22(11):1287–304. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077801215623380>

2. Sheehan BE, Murphy SB, Moynihan MM, Dudley-Fennessey E, Stapleton JG. Intimate Partner Homicide. Violence Against Women [Internet]. 2015 Feb 24 [cited 2019 Apr 30];21(2):269–88. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077801214564687>
3. United Nations Office on Drugs and Crime. Global study on homicide 2013 [Internet]. Available from: <http://www.unodc.org/gsh/>
4. Terranova C, Zen M. Women victims of intentional homicide in Italy: New insights comparing Italian trends to German and U.S. trends, 2008–2014. J Forensic Leg Med [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2019 Apr 30];53:73–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1752928X17301828?via%3Dihub>
5. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2015: homicídios de mulheres no Brasil. Fac Latino-Americana Ciências Sociais. 2015;
6. Cerqueira, D. C., Lima, R. S. D., Bueno, S., Neme, C., Ferreira, H., Coelho, D., Reis, M. Atlas da Violência 2018. Ipea. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília. 2018.
7. Amador AE, Marques MV, Nunes ADS, Duarte Miranda GM, Ribeiro Barbosa I. Desigualdade espacial na mortalidade por agressão no estado do Rio Grande do Norte, Brasil: 2010 a 2014. J Heal Biol Sci [Internet]. 2017 Feb 24;5(1):24. Available from: <http://periodicos.unichristus.edu.br/index.php/jhbs/article/view/1070>
8. Lacerda EG, Borges F de AC, Diniz AMA. Homicídios entre jovens negros no Estado de Minas Gerais: uma análise exploratória / Homicides among young black men in the state of Minas Gerais: an exploratory analysis - DOI 10.5752/P.2318-2962.2014v24nespp69. Cad Geogr [Internet]. 2014 Jun 5;24(1). Available from: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/geografia/article/view/7586>
9. Ribeiro MIC SM. Violência, Vulnerabilidade e Desigualdade Socioespacial: Análise das Dificuldades Enfrentadas pelas Mulheres Vítimas de Violência Doméstica na Área Urbana de Porto Velho – RO. Rev. Latino-americana de Geografia e Gênero.; 2015. p. 92–104.
10. Tavares R, Catalan VDB, Romano PM de M, Melo EM, Tavares R, Catalan VDB, et al. Homicídios e vulnerabilidade social. Cien Saude Colet [Internet]. 2016 Mar [cited 2019 Jun 1];21(3):923–34. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300923&lng=pt&tlng=pt

11. Monteiro SR da RP. O marco conceitual da vulnerabilidade social [Internet]. Sociedade em Debate; 2011. Available from: <http://www.rsd.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/695>
12. Schumann LRMA, Moura LBA, Schumann LRMA, Moura LBA. Índices sintéticos de vulnerabilidade: uma revisão integrativa de literatura. Cien Saude Colet [Internet]. 2015 Jul [cited 2019 Jun 1];20(7):2105–20. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000702105&lng=pt&tlng=pt
13. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Atlas da vulnerabilidade Social dos Municípios Brasileiros Brasília: Ipea; 2015.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA. Available from: <https://sidra.ibge.gov.br/home/pmc/brasil>
15. Cunha e Silva DC, Lourenço RW, Cordeiro RC, Cordeiro, MRD. Análise da relação entre a distribuição espacial das morbidades por obesidade e hipertensão arterial para o estado de São Paulo, Brasil, de 2000 a 2010. Rio de Janeiro. Ciênc. saúde coletiva, 2014 Jun; 19(6): 1709-1719.
16. Braz RM, Guimarães RF, Carvalho JOA, Tauil PL. Spatial dependence of malaria epidemics in municipalities of the Brazilian Amazon. São Paulo. Rev. bras. epidemiol. 2014 Set; 17(3): 615-628.
17. Endlich AM, Fernandes PHC. Aumento da violência em pequenas cidades, sentimento de insegurança e controle social. Barcelona. Rev. Elec. Geografía y Cien. Sociales. 2014 18: 1-20.
18. Meneghel SN, Portella AP, Meneghel SN, Portella AP. Femicídios: conceitos, tipos e cenários. Cien Saude Colet [Internet]. 2017 Sep [cited 2019 Feb 6];22(9):3077–86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002903077&lng=pt&tlng=pt
19. Cerqueira D, Matos MVM, Martins APA, Pinto Junior J. Avaliando a efetividade da lei Maria da Penha. Brasília: Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2015.
20. Yilmaz E, Kumral B, Canturk N, Erkol Z, Okumus AM. Analysis and comparison of domestic femicide cases in the cities of Diyarbakir & Tekirdag, Turkey: A preliminary study. J Forensic Leg Med [Internet]. 2015 Aug 1 [cited 2019 May 31];34:17–23. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1752928X15000815>
21. Pereira AR, Vieira DN, Magalhães T. Fatal intimate partner violence against women in Portugal: A forensic medical national study. J Forensic Leg Med [Internet]. 2013 Nov 1

[cited 2019 Feb 6];20(8):1099–107. Available from:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1752928X13002540?via%3Dihub>

22. Moreschi C, Da Broi U, Zamai V, Palese F. Medico legal and epidemiological aspects of femicide in a judicial district of north eastern Italy. *J Forensic Leg Med* [Internet]. 2016 Apr 1 [cited 2019 Apr 30];39:65–73. Available from:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1752928X16000184?via%3Dihub>

23. García-Moreno C, Hegarty K, D'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet* [Internet]. 2015 Apr;385(9977):1567–79. Available from:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614618377>

24. Petrosky E, Blair JM, Betz CJ, Fowler KA, Jack SPD, Lyons BH. Racial and Ethnic Differences in Homicides of Adult Women and the Role of Intimate Partner Violence — United States, 2003–2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2017 Jul 21;66(28):741–6. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6628a1.htm>

25. Portella AP, Nascimento M. Impactos de Gênero na Redução da Mortalidade Violenta: Reflexões sobre o Pacto pela Vida em Pernambuco. *Revista Brasileira de Segurança Pública*, 2014; 8, 48-68.

26. Vyas S, Heise L. How do area-level socioeconomic status and gender norms affect partner violence against women? Evidence from Tanzania. *Int J Public Health* [Internet]. 2016 Nov;61(8):971–80. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0876-y>

27. Cardoso LF, Gupta J, Shuman S, Cole H, Kpebo D, Falb KL. What Factors Contribute to Intimate Partner Violence Against Women in Urban, Conflict-Affected Settings? Qualitative Findings from Abidjan, Côte d'Ivoire. *J Urban Heal* [Internet]. 2016;93(2):364–78. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11524-016-0029-x>

28. Toprak S, Ersoy G. Femicide in Turkey between 2000 and 2010. Stöckl H, editor. *PLoS One* [Internet]. 2017 Aug 23 [cited 2019 Jun 1];12(8):e0182409. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0182409>

29. Bonomi AE, Trabert B, Anderson ML, Kernic MA, Holt VL. Intimate Partner Violence and Neighborhood Income. *Violence Against Women* [Internet]. 2014 Jan 28 [cited 2019 Jun 1];20(1):42–58. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077801213520580>

30. Sanz-Barbero B, Vives-Cases C, Otero-García L, Muntaner C, Torrubiano-Domínguez J, O'Campo y P. Intimate partner violence among women in Spain: the impact of regional-level male unemployment and income inequality. *Eur J Public Health* [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2019 Jun 1];25(6):1105–11. Available from: <https://academic.oup.com/eurpub/article-lookup/doi/10.1093/eurpub/ckv048>

31. Wallace ME, Hoyert D, Williams C, Mendola P. Pregnancy-associated homicide and suicide in 37 US states with enhanced pregnancy surveillance. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2016 Sep 1 [cited 2019 Jun 1];215(3):364.e1-364.e10. Available from: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(16\)00532-9/fulltext#.XPHOqTxEzmE.mendeley](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(16)00532-9/fulltext#.XPHOqTxEzmE.mendeley)
32. Barufaldi LA, Souto RMCV, Correia RS de B, Montenegro M de MS, Pinto IV, Silva MMA da, et al. Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017 Sep [cited 2019 Feb 6];22(9):2929–38. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002902929&lng=pt&tlng=pt
33. Montesanti SR, Thurston WE. Mapping the role of structural and interpersonal violence in the lives of women: implications for public health interventions and policy. *BMC Womens Health* [Internet]. 2015 Nov;15(1):100. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12905-015-0256-4>
34. Mamo C, Bianco S, Dalmaso M, Girotto M, Mondo L, Penasso M. Are Emergency Department Admissions in the Past Two Years Predictors of Femicide? Results from a Case--control Study in Italy. *J Fam Violence* [Internet]. 2015;30(7):853–8. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10896-015-9726-6>
35. Garcia LP, Duarte EC, Freitas LRS de, Silva GDM da, Garcia LP, Duarte EC, et al. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2016 [cited 2019 May 1];32(4). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000400704&lng=pt&tlng=pt
36. Oliveira RNG de, Fonseca RMGS da, Oliveira RNG de, Fonseca RMGS da. Health needs: the interface between the discourse of health professionals and victimized women. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2015 Apr [cited 2019 Feb 6];23(2):299–306. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000200016&lng=en&tlng=en
37. Taft A, O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson L, Feder G. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. In: Taft A, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013 [cited 2019 Feb 6]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007007.pub2>
38. Williams JR et al. An exploration of screening protocols for intimate partner violence in healthcare facilities: a qualitative study. *J. Clin. Nurs.*, Philadelphia, Ago, 2017. 26 (15-16), 2192-2201

39. Pasinato W. Acesso à justiça e violência doméstica e familiar contra as mulheres: as percepções dos operadores jurídicos e os limites para a aplicação da Lei Maria da Penha. São Paulo. Rev. direito GV. 2015 Dez; 11(2): 407-428.

40. Silva RM, Cardoso FS. Violência doméstica: um estudo sobre a situação psicossocial de mulheres atendidas numa delegacia de polícia, em Minas Gerais. Minas Gerais Rev. Pretextos. 2017 Jan; 2(3): 307- 325.

41. Brasil (BR). Presidência da República. Lei nº 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. 1.º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Brasília, 2015.

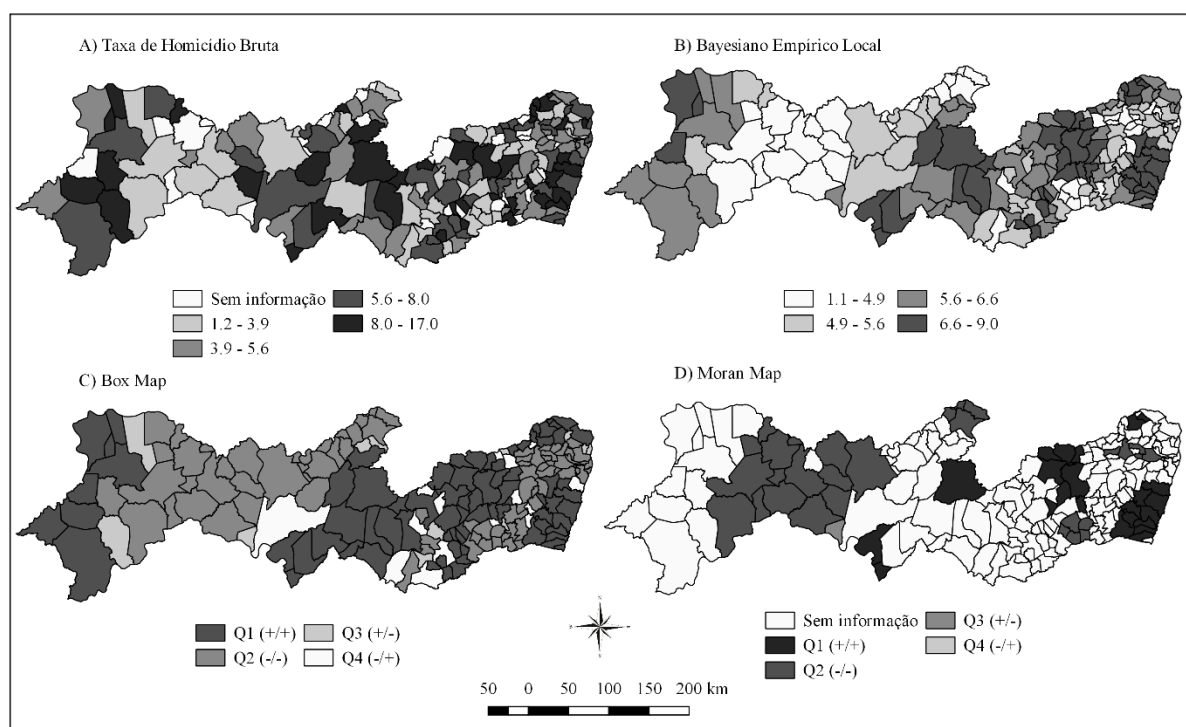


Figura 1. Taxa média bruta (A), taxa média estimada pelo método bayesiano empírico local (B), distribuição espacial das taxas médias de mortalidade – Box Map (C), áreas críticas para ocorrência de homicídio, segundo o espalhamento de Moran - Moran Map (D) do homicídio. Pernambuco, 2012-2016.

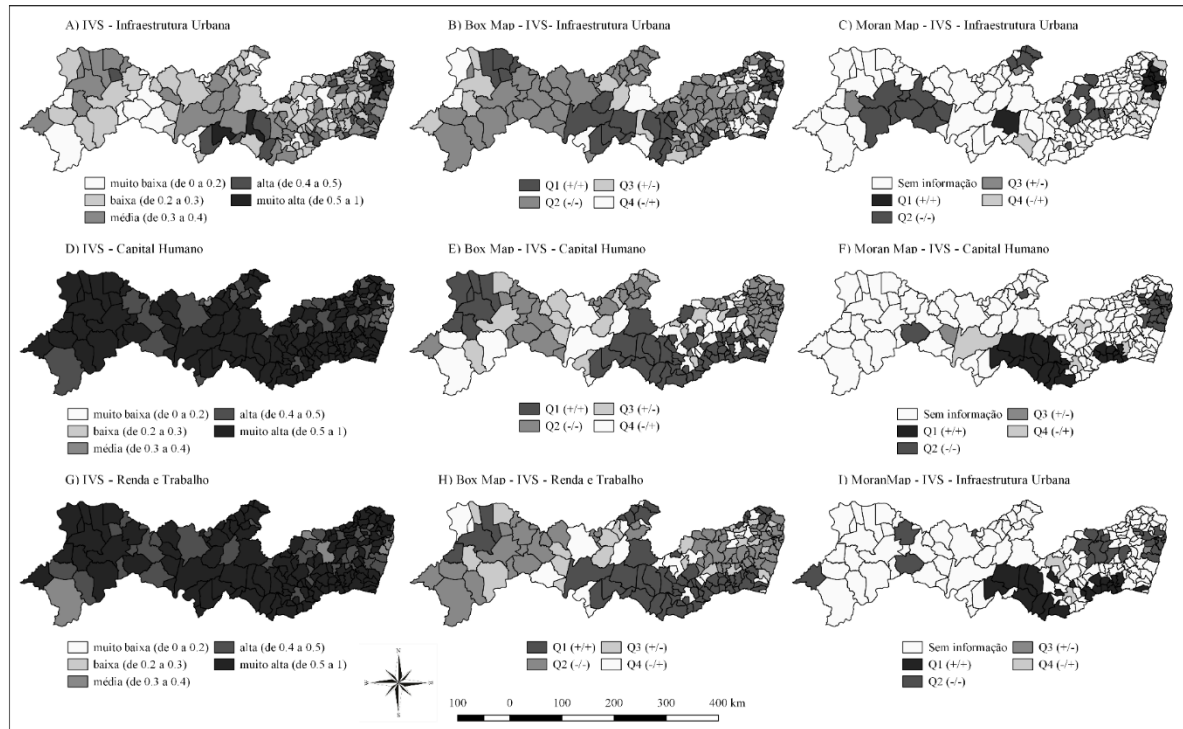


Figura 2. IVS Infraestrutura Urbana, Box Map e Moran Map (A, B e C), IVS Capital Humano Box Map e Moran Map (D, E e F), IVS Renda e Trabalho, Box Map e Moran Map (G, H e I), Pernambuco, 2012-2016.

Tabela 1. Estatísticas descritiva para as dimensões do IVS e para a taxa de homicídios de mulheres (por 100 mil) por regiões de saúde. Pernambuco 2012-2016

Regional de saúde	Variáveis	min	mediana	média	max	Desvio padrão
Pernambuco	IVS Capital Humano	0,294	0,554	0,556	0,786	0,0833
Pernambuco	IVS Infraestrutura Urbana	0,087	0,313	0,323	0,846	0,1161
Pernambuco	IVS Renda e Trabalho	0,357	0,541	0,542	0,769	0,0732
Pernambuco	Taxa de homicídio	0,000	5,104	5,346	17,036	3,6310
I	IVS Capital Humano	0,294	0,460	0,450	0,555	0,0804
I	IVS Infraestrutura Urbana	0,238	0,445	0,438	0,846	0,1414
I	IVS Renda e Trabalho	0,378	0,492	0,488	0,617	0,0675
I	Taxa de homicídios	0,000	5,016	5,347	10,673	2,7260
II	IVS Capital Humano	0,414	0,527	0,533	0,675	0,0667
II	IVS Infraestrutura Urbana	0,208	0,351	0,367	0,609	0,1032
II	IVS Renda e Trabalho	0,436	0,514	0,525	0,769	0,0727
II	Taxa de homicídios	0,000	4,389	4,919	12,621	3,2587
III	IVS Capital Humano	0,496	0,607	0,604	0,760	0,0638
III	IVS Infraestrutura Urbana	0,222	0,365	0,354	0,484	0,0906
III	IVS Renda e Trabalho	0,481	0,560	0,579	0,723	0,0661

III	Taxa de homicídios	0,000	4,868	5,752	15,448	4,7553
IV	IVS Capital Humano	0,467	0,585	0,577	0,718	0,0668
IV	IVS Infraestrutura Urbana	0,101	0,288	0,272	0,475	0,0946
IV	IVS Renda e Trabalho	0,357	0,516	0,512	0,637	0,0720
IV	Taxa de homicídios	0,000	5,071	5,231	12,517	2,9114
V	IVS Capital Humano	0,462	0,607	0,605	0,710	0,0688
V	IVS Infraestrutura Urbana	0,164	0,266	0,301	0,440	0,0748
V	IVS Renda e Trabalho	0,454	0,618	0,605	0,696	0,0608
V	Taxa de homicídios	0,000	5,304	5,025	10,628	3,1385
VI	IVS Capital Humano	0,443	0,593	0,608	0,786	0,1008
VI	IVS Infraestrutura Urbana	0,164	0,392	0,373	0,585	0,1387
VI	IVS Renda e Trabalho	0,459	0,581	0,578	0,712	0,0720
VI	Taxa de homicídios	1,732	6,227	7,028	16,285	3,9327
VII	IVS Capital Humano	0,445	0,504	0,511	0,584	0,0494
VII	IVS Infraestrutura Urbana	0,124	0,191	0,223	0,314	0,0721
VII	IVS Renda e Trabalho	0,464	0,491	0,509	0,625	0,0570
VII	Taxa de homicídios	0,000	2,313	2,933	6,554	2,6234
VIII	IVS Capital Humano	0,419	0,534	0,522	0,593	0,0528
VIII	IVS Infraestrutura Urbana	0,087	0,220	0,224	0,388	0,0958
VIII	IVS Renda e Trabalho	0,371	0,499	0,489	0,553	0,0596
VIII	Taxa de homicídios o	0,000	5,191	4,523	8,368	3,2646
IX	IVS Capital Humano	0,509	0,573	0,584	0,664	0,0472
IX	IVS Infraestrutura Urbana	0,193	0,348	0,331	0,490	0,0827
IX	IVS Renda e Trabalho	0,443	0,558	0,544	0,627	0,0594
IX	Taxa de homicídios	0,000	7,314	5,805	12,112	4,1618
X	IVS Capital Humano	0,437	0,521	0,518	0,579	0,0469
X	IVS Infraestrutura Urbana	0,108	0,270	0,257	0,343	0,0703
X	IVS Renda e Trabalho	0,440	0,547	0,554	0,730	0,0682
X	Taxa de homicídios	0,000	3,744	4,147	15,893	4,5828
XI	IVS Capital Humano	0,332	0,553	0,534	0,688	0,0987
XI	IVS Infraestrutura Urbana	0,169	0,278	0,273	0,385	0,0645
XI	IVS Renda e Trabalho	0,447	0,537	0,530	0,582	0,0444
XI	Taxa de homicídios	0,000	5,069	5,216	11,771	3,6691
XII	IVS Capital Humano	0,450	0,533	0,539	0,673	0,0690
XII	IVS Infraestrutura Urbana	0,233	0,331	0,373	0,713	0,1507
XII	IVS Renda e Trabalho	0,520	0,560	0,567	0,612	0,0351
XII	Taxa de homicídios	2,951	6,640	7,481	17,036	4,2566

Tabela 2. Estimativas do modelo de regressão Poisson inflacionado de zeros. Pernambuco, 2012-2016.

Coeficientes	Estimativas	Erro padrão	Estatística T	Valor-p
μ - Taxa de homicídio				
Intercepto	4,08	1,213	3,361	0,001
IVS Infraestrutura Urbana	2,34	1,343	1,742	0,084
IVS Capital Humano	-13,51	5,766	-2,342	0,020
(IVS Renda e Trabalho) ²	-1,62	0,666	-2,440	0,016
(IVS Infraestrutura Urbana) ²	-2,73	1,645	-1,658	0,099
(IVS Capital Humano) ²	17,61	6,848	2,572	0,011
RS II	0,37	0,647	0,572	0,568
RS III	2,61	0,792	3,298	0,001
RS IV	1,07	0,709	1,512	0,133
RS V	2,47	0,768	3,215	0,002
RS VI	2,20	0,711	3,089	0,002
RS VII	-1,74	1,485	-1,174	0,242
RS VIII	-0,07	1,090	-0,065	0,948
RS IX	0,68	1,133	0,602	0,548
RS X	0,76	1,090	0,693	0,490
RS XI	0,49	0,612	0,794	0,428
RS XII	2,17	0,702	3,094	0,002
(IVS Capital Humano) ² (RS II)	-2,10	2,551	-0,823	0,412
(IVS Capital Humano) ² (RS III)	-8,01	2,857	-2,802	0,006
(IVS Capital Humano) ² (RS IV)	-4,67	2,635	-1,771	0,079
(IVS Capital Humano) ² (RS V)	-8,02	2,756	-2,911	0,004
(IVS Capital Humano) ² (RS VI)	-7,13	2,700	-2,642	0,009
(IVS Capital Humano) ² (RS VII)	4,53	5,098	0,889	0,376
(IVS Capital Humano) ² (RS VIII)	-0,69	3,926	-0,175	0,861
(IVS Capital Humano) ² (RS IX)	-2,67	3,669	-0,726	0,469
(IVS Capital Humano) ² (RS X)	-2,52	4,069	-0,618	0,537
(IVS Capital Humano) ² (RS XI)	-2,20	2,413	-0,911	0,364
(IVS Capital Humano) ² (RS XII)	-7,05	2,735	-2,578	0,011
σ - Probabilidade da taxa de homicídio ser zero				
Intercepto	-5,47	1,782	-3,069	0,003
IVS Renda e Trabalho	6,45	3,110	2,075	0,040

6.3 ARTIGO 3 – HOMICÍDIOS DE MULHERES COM NOTIFICAÇÃO PRÉVIA DE VIOLÊNCIA*

Introdução

A mortalidade é condicionada por fatores biológicos, políticos e sociais, bem como por comportamentos e atitudes culturalmente definidos que caracterizam historicamente o estágio de desenvolvimento de um país ou de uma região⁽¹⁾. A violência contra as mulheres é a mais difundida, porém a menos reconhecida violação dos direitos humanos no mundo. É um profundo problema de saúde e o homicídio ou feminicídio, muitas vezes é o ponto final trágico dessa violência^(1,2).

A violência entre parceiros íntimos afeta entre 15 e 71% das mulheres ao longo de sua vida, resultando em estresse e efeitos negativos para a saúde. As características incluem abuso físico e sexual, bem como abuso psicológico e coerção reprodutiva ou perseguição⁽³⁾. Estima-se que de 40 a 45% das vítimas sejam mortas por um parceiro íntimo⁽²⁾.

Os serviços de saúde têm papel importante para identificação e resposta às diversas situações de violência, pois muitas vezes são o primeiro local onde as vítimas buscam atendimento⁽⁴⁻⁵⁾.

No Brasil, entre os anos de 2011 e 2015, foram notificadas nos serviços de saúde 567.456 mulheres vítimas dos diversos tipos de violência e ocorreram 23.278 homicídios⁽⁶⁾. As técnicas de vinculação de registro são amplamente utilizadas em estudos epidemiológicos para obter informações abrangentes e realizar análises mais robustas⁽⁷⁾. A vinculação de registros é o processo usado para reunir informações registradas em diferentes fontes sobre o mesmo indivíduo ou grupo de indivíduos⁽⁸⁾. Devido à crescente disponibilidade de bancos de dados de saúde baseados na população, a articulação tornou-se uma ferramenta de pesquisa eficiente e importante⁽⁹⁾.

*Artigo original submetido à Revista Latino Americana de Enfermagem (Anexo I)

Há duas abordagens principais para a vinculação de bases: a determinística e a probabilística. A vinculação determinística é uma abordagem baseada em regras, normalmente usando um identificador único ou um conjunto de identificadores comuns presentes em ambos os arquivos⁽¹⁰⁾ A probabilística é útil quando não existe o identificador único. Esse tipo de vinculação combina a evidência por meio de um número de identificadores, representando a probabilidade que dois registros pertencem à mesma pessoa, isto é, que constituam um par verdadeiro^(8,10).

Uma área de pesquisa para a qual a vinculação de banco de dados é particularmente importante é a da violência contra a mulher. Nos Estados Unidos foi usado para analisar a relação entre mortes violentas e admissões anteriores nos serviços de emergência por lesões decorrentes de causas externas⁽¹¹⁾ Também foi importante para localizar os óbitos maternos que estavam associados às mortes violentas⁽¹²⁾ No Brasil, aplicou-se o relacionamento das bases de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos para analisar violência sexual e posteriores repercussões desta na gravidez e parto⁽¹³⁾.

Conhecer eventos anteriores aos homicídios intencionais de mulheres, possibilita uma melhor compreensão das circunstâncias e causas da morte. As informações obtidas com a vinculação dos bancos de dados do SIM e do Sinan podem ser usadas para o planejamento de ações da rede intersetorial que atua no enfrentamento da violência contra mulheres. Este estudo tem como objetivo descrever o perfil das mulheres vítimas de homicídios intencionais que tinham notificação de prévia de violência.

Método

Trata-se de um estudo transversal, realizado no estado de Pernambuco, que possui 184 municípios e um distrito, o Arquipélago de Fernando de Noronha. De acordo com a estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2016, a população

total é de 9.410.336 habitantes. As mulheres são maioria, 4.873.140, equivalente a 52% do total da população⁽¹⁴⁾.

A população do estudo foi constituída de mulheres, a partir dos 10 anos de idade, vítimas de homicídios intencionais, entre 2012 e 2016, residentes em Pernambuco. Foram incluídos os óbitos codificados no SIM como Capítulo XX causas externas de morbidade e de mortalidade (códigos X85 a Y09 - Agressões) da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). E que tinham notificações de algum tipo de violência no Sinan entre 2011 e 2016. Foram utilizadas as projeções populacionais para o cálculo da taxa de mortalidade por homicídios para os anos de 2012 a 2016⁽¹⁵⁾.

Para o relacionamento das bases de dados, considerando que o SIM e o Sinan não possuem um campo identificador único, foi aplicado o método probabilístico. No banco do SIM, além dos homicídios, optou-se por também incluir no relacionamento os óbitos classificados na CID-10 no Capítulo XX Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada (Códigos Y10 a Y34), visando refinar os dados da pesquisa.

Foi adotado como critério de exclusão: (1) casos em que as variáveis “nome” e “nome da mãe” não estavam preenchidas, pois impossibilitava a identificação dos pares; (2) casos notificados no Sinan envolvendo violência autoprovocada; (3) casos onde a agressão notificada refere-se ao homicídio (notificação do homicídio).

Foram consideradas como variáveis de pareamento “nome”, “nome da mãe” e “data de nascimento”. O programa RecLink III foi usado para a aplicação do *linkage*, que foi executado em etapas que se iniciaram pela limpeza das bases de dados, seguida do cálculo de escores, procedimento para a definição de limiares para a classificação dos pares de registros relacionados em pares verdadeiros, não pares e pares duvidosos⁽⁶⁾.

Na etapa seguinte, foram padronizadas as variáveis: nome, idade, data de nascimento, endereço, bairro e município de residência, seguida da subdivisão dos campos e criação dos campos

fonéticos. A etapa subsequente foi a blocagem de registros, que subdivide os arquivos de acordo com a chave de indexação, formadas a partir das variáveis de pareamento. As comparações de registros são restritas a concordância do valor das chaves. Os pares verdadeiros e os duvidosos foram revisados manualmente. Após a vinculação, foi possível identificar entre os homicídios quais possuíam registros prévios de violência no Sinan.

Foram calculadas taxas de mortalidade por agressão em mulheres com registros de violência prévia e na população em geral. As seguintes fórmulas foram utilizadas: Taxa de mortalidade por agressão na população de mulheres em geral = média de óbitos de mulheres por agressão/população média de mulheres x 100.000 mulheres. Taxa de mortalidade por agressão em mulheres com registros prévios de violência = óbitos de mulheres por agressão com notificação de violência prévia/notificações de violência de mulheres x 100.000 mulheres. Razão das taxas de mortalidade por agressão = taxa de mortalidade por homicídios em mulheres com registros prévios de violência/taxa de mortalidade por agressão na população de mulheres em geral⁽⁶⁾.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE 91858618.9.0000.5208).

Resultados

Foram registrados no Sinan 32.308 notificações de violência e no SIM 1.162 homicídios e 901 óbitos por causas externas de intenção indeterminada. Após a vinculação foram relacionados 200 casos, desses 79 foram excluídos por ser violência autoprovocada ou ser notificação do homicídio. Verificou-se que 121 óbitos que tinham notificações prévias de violência, 101 pares de homicídios e 20 pares com óbitos de causas externas de intenção indeterminada (Figura 1).

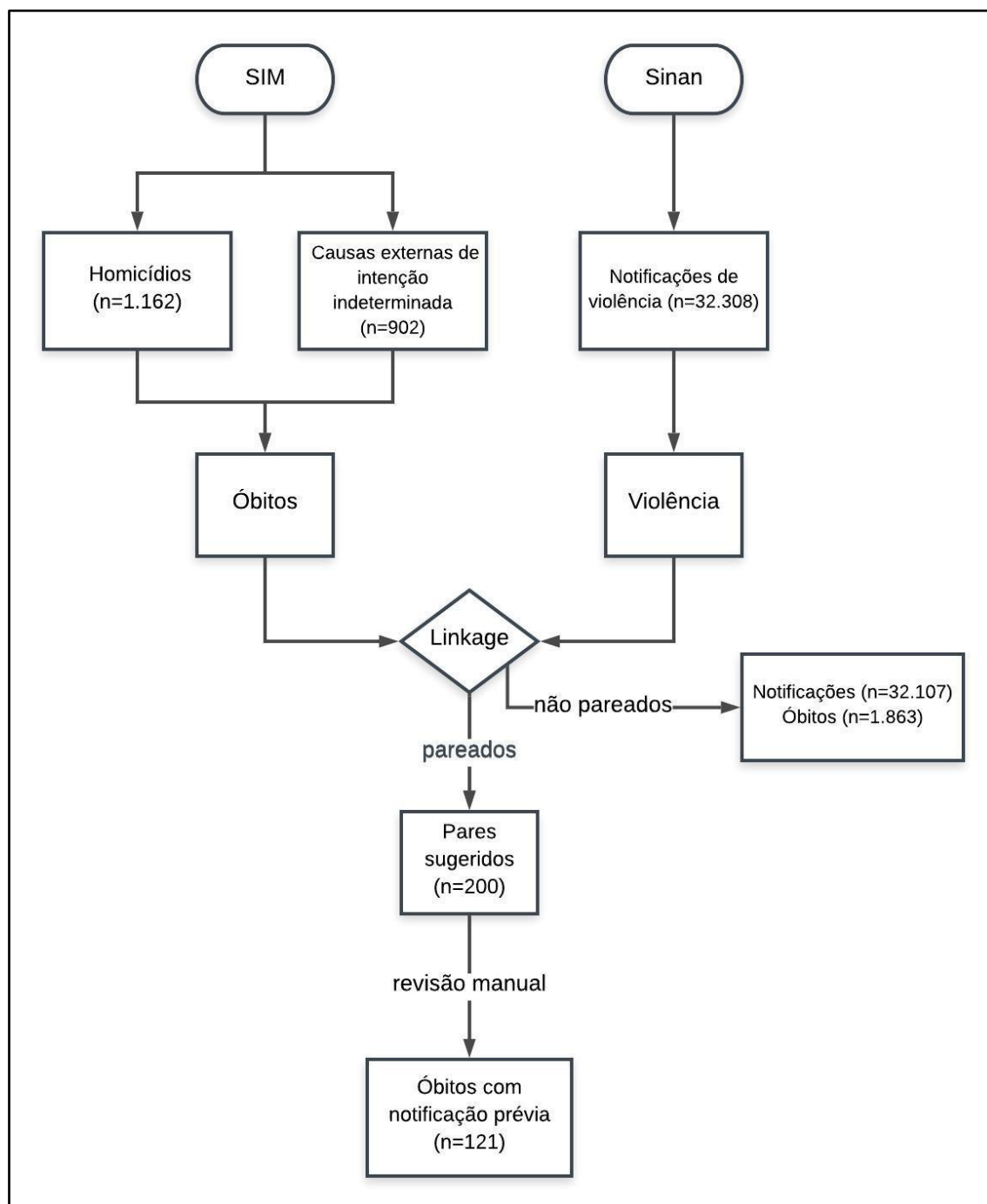


Figura 1. Fluxograma do *linkage* entre SIM e Sinan. Pernambuco, 2012-2016

O total de homicídios com notificação prévia de violência representam 8,69% dos casos. O tempo entre a notificação e o homicídio foi em média de 17 meses (desvio padrão de 19,4), o menor intervalo foram três dias e o maior cinco anos.

A taxa de homicídios para a população geral de mulheres foi de 5,7 por 100.000 mulheres e para a as vítimas que tinham notificação prévia de violência a taxa foi de 374,5 por 100.000 mulheres. Por meio da razão das taxas foi observado que mulheres que tinham notificação prévia tiveram risco 65,9 vezes maior de homicídio que a população de mulheres em geral (Tabela 1).

Tabela 1. Taxa de homicídios na população geral de mulheres, taxa de homicídios em mulheres com notificação prévia de violência e razão das taxas. Pernambuco, Brasil, 2012-2016.

População	Taxa
População geral de mulheres	5,7
Mulheres com notificação prévia de violência	374,5
Razão das taxas	65,9

A Tabela 2 apresenta as características dos óbitos com notificação prévia de violência, a maior parte das vítimas eram maiores de 20 anos (n=100; 82,64%), solteiras (n=104; 88,89%), negras (n=111; 91,70%), com menos de sete anos de estudo (n=85; 80,95%). Com relação a notificação prévia observou-se que a maior frequência era violência do tipo física (n=100; 65,79%), por meio de força corporal (n=54; 42,20%), ocorridas na residência (n=54; 66,70%), cometida por parceiro/ex-parceiro íntimo (n=40; 51,95%) e sem registro de reincidência (n=77; 63,64%). Os óbitos ocorreram no hospital ou outros serviços de saúde (n=50; 41,32%). A principal causa de óbito foi por meio de disparo de arma de fogo (n=54; 44,63%), seguida de objeto cortante ou penetrante (n=31; 25,62%).

Tabela 2. Características dos homicídios com registros prévios de violência após *linkage*.

Pernambuco, Brasil, 2012-2016.

Variáveis	n	%
Faixa etária		
10 a 20 anos	21	17,36
Maior que 20 anos	100	82,64
Situação conjugal		
Solteira	104	88,89
Casada	8	6,84
Divorciada/viúva	5	4,27
Raça/Cor		
Não negra	10	8,26
Negra	111	91,74
Escolaridade		
Menos de 7 anos de estudo	85	80,95
7 anos ou mais de estudo	20	19,05
Local de ocorrência da violência prévia		
Residência	54	66,67
Via pública	21	25,93
Outros	6	7,41
Tipo da violência prévia*		
Física	100	65,79
Sexual	8	5,26
Psicológica	33	21,71
Outras	11	7,24
Meio de agressão da violência prévia*		
Força corporal	54	42,19
Arma de fogo	20	15,63
Objeto contundente/cortante/perfurante	27	21,09
Ameaça	20	15,63
Outros	7	5,47
Relação agressor/vítima*		
Parceiro/Ex-parceiro íntimo	40	51,95
Filho	3	3,90
Irmão	3	3,90
Desconhecido	9	11,69
Outros	22	28,57
Reincidência da violência		
Sim	44	36,36
Não	77	63,64
Local de ocorrência do óbito		
Hospital/outros serviços de saúde	50	41,32
Domicílio	23	19,01
Via pública	39	32,23
Outros	9	7,44
Causa do óbito		
Disparo de arma de fogo	54	44,63
Objeto cortante ou penetrante	31	25,62

Objeto contundente	15	12,40
Enforcamento, estrangulamento e sufocação	3	2,48
Agressão por outros meios	18	14,9

*Uma notificação de violência pode ter mais de um tipo de violência, mais de um meio de agressão e mais de um agressor.

DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo identificaram que as mulheres negras, solteiras, que sofreram agressão física, perpetrada por um parceiro íntimo atual ou antigo com o uso de arma de fogo. O risco de homicídio para as mulheres que tinham notificação prévia de violência foi superior ao das mulheres da população geral.

Mulheres que tinham notificação prévia apresentam risco 65,9 vezes maior de homicídio que a população de mulheres em geral. Um estudo no Brasil mostrou que o risco de morte foi, de no mínimo, 42 vezes maior para mulheres com registros de violência em comparação com a população feminina em geral⁽⁶⁾. As mulheres adultas com notificação de violência física possuíam um risco 112,2 vezes maior para a morte por agressão do que a população geral⁽⁶⁾.

Foram identificados 121 homicídios que tinham notificações prévias de violência, destes, 20 foram por agressão que constavam no SIM como intenção indeterminada. Esses resultados podem demonstrar sub-registros de homicídios de mulheres. Verificou-se também que quase 9% das vítimas de homicídios tinham notificação prévia de violência no Sinan. É provável que essa proporção esteja subnotificada, e os dados do Sinan não permitam retratar isoladamente a violência contra a mulher, porém fornecem indicativos importantes para as ações de prevenção. O Sinan continha 32.308 notificações de violência contra mulher em todo período estudado. Somente no ano de 2016, de acordo com indicadores criminais da polícia civil de Pernambuco, houve 31.081 registros de violência doméstica e intrafamiliar contra mulheres⁽¹⁶⁾. Reconhecidamente, o número de casos de violência é superior aos notificados no Sinan, pois

há casos em que a vítima não procura os serviços de saúde ou não se realiza a notificação da violência⁽¹⁷⁾.

Embora haja um evidente aumento nas notificações de violência contra mulher no Brasil, ainda persiste uma subnotificação em relação aos casos que chegam aos serviços de saúde, que possivelmente são os mais graves, e creditam tal fato a “invisibilidade da violência” que dificulta o seu reconhecimento. As mulheres vítimas de violência atendidas nos serviços de saúde caracterizam uma oportunidade para a prevenção de homicídios por meio da integração da avaliação de risco (para identificar casos de alto risco) e reforça a necessidade de intervenções de justiça penal e de serviço social⁽⁶⁾.

Nos Estados Unidos 11,2% das mulheres vítimas de homicídio sofreram algum tipo de violência no mês anterior a sua morte⁽¹⁸⁾. Um estudo, mostrou uma forte associação entre homicídios de mulheres e atendimentos anteriores na emergência por lesões (OR 6,11; 95% IC 3,06-12,19)⁽¹⁹⁾. Na Itália, 52,4% das mulheres vítimas de homicídios tinham registros de admissão em serviços de emergência por agressões físicas, nos 24 meses anteriores à sua morte⁽²⁰⁾. No Brasil de 2011 a 2015, houve 23.278 óbitos de mulheres por homicídio e que destas, 2.559 (10,99%) tinham notificação prévia de violência⁽⁶⁾.

As características das vítimas reforçam a discussão que a raça/cor negra e a baixa escolaridade estão relacionados à situação socioeconômica, e esta interfere na vulnerabilidade a agravos violentos⁽²¹⁾. Um estudo realizado entre 2003 e 2014 mostrou que mulheres negras tiveram a maior taxa de morte por homicídio (4,4 por 100.000), quando comparadas outras raças⁽¹⁸⁾.

As agressões ocorridas na residência da vítima, pelo parceiro ou ex-parceiro íntimo e por meio de disparo de arma de fogo predominaram neste estudo. A violência por parceiro íntimo afeta uma em cada três mulheres no mundo⁽²²⁾. Um estudo com mulheres atendidas na atenção básica na Espanha mostrou que entre aquelas que relataram já ter sofrido violência, 42,7% foram cometidas por seu parceiro íntimo⁽²³⁾.

Outros autores mostram que os casos em que o perpetrador tinha histórico de agressões, a probabilidade das vítimas sofrerem uma lesão fatal na sua residência é 2,4 vezes maior⁽²⁴⁾. No Peru, foi identificado que os perpetradores de feminicídios eram predominantemente parceiros íntimos, tinham como principais motivos ciúmes e não aceitar separações⁽²⁵⁾. Uma pesquisa desenvolvida nos Estados Unidos mostra que 60,2% das vítimas de homicídio doméstico tinham histórico de violência por parceiro íntimo e que 5,7% foram agredidas no mês anterior a sua morte⁽²⁶⁾.

As mortes por meio de arma de fogo foram mais frequentes, concordando com resultados encontrados em pesquisas nacionais e internacionais⁽²⁶⁻²⁹⁾. Quando o parceiro íntimo da mulher tem acesso a uma arma de fogo aumenta o risco de homicídio em até cinco vezes⁽³⁰⁾. Em Portugal, o agressor típico possui uma arma e não tem antecedentes criminais⁽²⁷⁾. Nos Estados Unidos, no ano de 2015, 64% dos homicídios de mulheres foram perpetrados por um parceiro íntimo e as armas de fogo figuram proeminente nessas mortes. Cerca de 60% dos homens matam usando a arma de fogo^(18,31). Estudos sugerem que a restrição legal a posse de armas de fogo a pessoas com histórico de violência por parceiro íntimo pode prevenir homicídios de mulheres^(32,33).

Os objetos cortantes ou penetrantes constituíram a segunda causa dos homicídios nesse estudo. O uso de armas cortantes, objetos contundentes ou métodos que usam a força corporal pode representar um meio para agredir a vítima durante um conflito agudo, enquanto, que a arma de fogo indica uma clara intenção de assassinar a vítima (premeditação)⁽³⁴⁾. Estudo que analisou a morte de mulheres no Cairo, Egito, identificou o homicídio com o uso de instrumentos afiados, praticado por um cônjuge ou parente após um desentendimento doméstico como a forma mais frequente de morte feminina⁽¹⁾. No Peru, entre 2009 e 2014, observou-se que 40,9% dos homicídios de mulheres foram sabidamente premeditados⁽²⁵⁾.

Esse estudo apresenta uma série de limitações. Em primeiro lugar, a qualidade do relacionamento é limitada pela ausência de identificadores únicos e pela qualidade dos dados (incluindo registros truncados e informações ausentes ou ambíguas). Talvez não tenha sido possível identificar todas as correspondências perdidas devido aos dados ausentes em alguns registros. Para a melhor utilização dos dados pareados, é importante avaliar a qualidade dos processos de vinculação e compreender as limitações e o viés que os erros de vinculação podem introduzir nos resultados do estudo. A alta qualidade do relacionamento das bases é fundamental para a robustez dos resultados.

Em segundo lugar os conjuntos de dados não se sobrepõem exatamente, logo o número esperado de correspondências é desconhecido. Em terceiro lugar, dados que seriam relevantes para uma análise mais detalhada da situação da violência contra a mulher, por exemplo os registros de ocorrências policiais, apresentam restrições para a disponibilização. Nesse estudo, mesmo após pedido oficial, os dados não foram disponibilizados pela Secretaria de Defesa Social. Em que pese, essas limitações o relacionamento de bases de dados é relevante para o conhecimento do cenário da violência contra mulher e para a elaboração de um conjunto de ações que visem a sua redução.

Os resultados do estudo demonstram a vulnerabilidade das mulheres e a precariedade da rede proteção integral. A vinculação de múltiplas bases de dados é útil para identificar as características e as circunstâncias envolvendo a violência letal e não letal contra as mulheres podem ser empregados na elaboração de medidas de proteção. Reduzir a violência letal contra as mulheres requer medidas abrangentes abordando fatores individuais, sociais, econômicos, culturais e situacionais. Logo, conhecer as características dos homicídios com notificação prévia de violência pode contribuir para a formulação de políticas públicas de proteção e prevenção da violência contra a mulher.

Referências

1. Zaghoul NM, Megahed HM. A descriptive medico-legal study of female deaths in cairo governorate, Egypt. *J Forensic Leg Med*. 2019 Aug; 66:25–32. DOI: 10.1016/j.jflm.2019.05.018
2. Websdale N, Ferraro K, Barger SD. The domestic violence fatality review clearinghouse: introduction to a new National Data System with a focus on firearms. *Inj Epidemiol* [Internet]. 2019 Feb [cited 2019 Aug 10];6(1):6. Available from: <https://injejournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40621-019-0182-2>
3. Lutgendorf MA. Intimate Partner Violence and Women's Health. *Obstet Gynecol* . 2019 Sept;134(3):470–80. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003326
4. García-Moreno C, Hegarty K, D'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet*. 2015 Apr;385(9977):1567–79. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61837-7
5. Garcia LP. The invisible magnitude of violence against women. *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. 2016 July/Sep [cited 2019 Feb 06];25(3):451–4. Available from: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742016000300451
6. Barufaldi LA, Souto RMCV, Correia RS de B, Montenegro M de MS, Pinto IV, Silva MMA, et al. Gender violence: a comparison of mortality from aggression against women who have and have not previously reported violence. *Ciêñ Saúde Colet*. 2017 Sept ;22(9):2929–38. DOI: 10.1590/1413-81232017229.12712017
7. Li B, Quan H, Fong A, Lu M. Assessing record linkage between health care and Vital Statistics databases using deterministic methods. *BMC Health Serv Res*. 2006 Apr;6(1):48. DOI: 10.1186/1472-6963-6-48
8. Sayers A, Ben-Shlomo Y, Blom AW, Steele F. Probabilistic record linkage. *Int J Epidemiol*. 2016 June;45(3):954–64. DOI:10.1093/ije/dyv322
9. Paixão ES, Harron K, Andrade K, Teixeira MG, Fiaccone RL, Costa MCN, et al. Evaluation of record linkage of two large administrative databases in a middle income country: stillbirths and notifications of dengue during pregnancy in Brazil. *BMC Med Inform Decis Mak* . 2017 Dec;17(1):108. DOI: 10.1186/s12911-017-0506-5
10. Newcombe HB, Kennedy JM, Axford SJ, James AP. Automatic Linkage of Vital Records: Computers can be used to extract “follow-up” statistics of families from files of routine records. *Science*. 1959 Oct;130(3381):954–9. DOI: 10.1126/science.130.3381.954
11. Cerel J, Singleton MD, Brown MM, Brown SV, Bush HM, Brancado CJ. Emergency Department Visits Prior to Suicide and Homicide. *Crisis*. 2016 Jan;37(1):05–12. DOI:10.1027/0227-5910/a000354

12. Austin AE, Vladutiu CJ, Jones-Vessey KA, Norwood TS, Proescholdbell SK, Menard MK. Improved Ascertainment of Pregnancy-Associated Suicides and Homicides in North Carolina. *Am J Prev Med*. 2016 Nov;51(5):S234–40. DOI: 10.1016/j.amepre.2016.04.023
13. Souto RMCV, Porto DL, Pinto IV, Vidotti CCF, Barufaldi LA, Freitas MG, et al. Estupro e gravidez de meninas de até 13 anos no Brasil: características e implicações na saúde gestacional, parto e nascimento. *Ciê Saúde Colet* [Internet]. 2017 Sept [cited 2019 Feb 06];22(9):2909–18. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002902909&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
14. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2019 [cited 2019 Sep 15]. Available from: <https://sidra.ibge.gov.br/home/pmc/brasil>
15. Governo do Estado de Pernambuco. Cadernos de Informações em Saúde [Internet]. Recife: Secretaria de Defesa Social de Pernambuco, 2019 [cited 2019 Sep 15]. Available from: <http://portal.saude.pe.gov.br/aplicativo/secretaria/cadernos-de-informacoes-em-saude>
16. Governo do Estado de Pernambuco. Indicadores Criminais de Pernambuco. Violência doméstica e familiar contra a mulher [Internet]. Recife: Secretaria de Defesa Social de Pernambuco, 2019 [cited 2019 Sep 15]. Available from: <http://www.sds.pe.gov.br/estatisticas/40-estatisticas/178-violencia-domestica-e-familiar-contra-a-mulher>
17. Santos SA, Legay LF, Aguiar FP, Lovisi GM, Abelha L, Oliveira SP. Suicide and suicide attempts by exogenous poisoning in Rio de Janeiro, Brazil: information analysis through probabilistic linkage. *Cad Saúde Pública*. 2014 May;30(5):1057–66. DOI: 10.1590/0102-311X00054213
18. Petrosky E, Blair JM, Betz CJ, Fowler KA, Jack SPD, Lyons BH. Racial and Ethnic Differences in Homicides of Adult Women and the Role of Intimate Partner Violence - United States, 2003–2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2017 July [cited 2019 Feb 15]; 66(28):741–6. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6628a1.htm>
19. Crandall CS, Jost PF, Broidy LM, Daday G, Sklar DP. Previous emergency department use among homicide victims and offenders: A case-control study. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2004 Dec [cited 2019 Aug 12];44(6):646–55. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15573041>
20. Mamo C, Bianco S, Dalmasso M, Girotto M, Mondo L, Penasso M. Are Emergency Department Admissions in the Past Two Years Predictors of Femicide? Results from a Case-control Study in Italy. *J Fam Violence*. 2015 Oct;30(7):853–8. DOI: 10.1007/s10896-015-9726-6

21. Berezin J, Gale S, Nuru-Jeter A, Lahiff M, Auerswald C, Alter H. Violent Injury and Neighborhood Racial/Ethnic Diversity in Oakland, California. *J Urban Heal*. 2017 Dec;94(6):882–91. DOI: 10.1007/s11524-017-0202-x
22. Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet*. 2013 Sept ;382(9895):859–65. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61030-2
23. Martín-Baena D, Montero-Piñar I, Escribà-Agüir V, Vives-Cases C. Violence against young women attending primary care services in Spain: prevalence and health consequences. *Fam Pract*. 2015 June ; 32(4):381-6. DOI: 10.1093/fampra/cmz017
24. Yousuf S, McLone S, Mason M, Snow L, Gall C, Sheehan K. Factors associated with intimate partner homicide in Illinois, 2005–2010. *J Trauma Acute Care Surg*. 2017 Nov; 83(5S Suppl 2):S217-S221. DOI: 10.1097/TA.0000000000001578
25. Ayala Quintanilla BP, Taft A, McDonald S, Pollock W. An examination of femicides in Peru between 2009 and 2014. *Int J Gynecol Obstet*. 2016 Sept;134(3):342–3. DOI: 10.1016/j.ijgo.2016.03.020
26. Jiang Y, DeBare D, Shea L-M, Viner-Brown S. Violence Against Women: Injuries and Deaths in Rhode Island Yongwen Jiang, PhD; Deborah Debare, MMHS; Lynne-Marie Shea, BA; Samara Viner-Brown, MS. *R I Med J* (2013) [Internet]. 2017 Dec; 100(12):24-8. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/29190839>
27. Pereira AR, Vieira DN, Magalhães T. Fatal intimate partner violence against women in Portugal: A forensic medical national study. *J Forensic Leg Med*. 2013 Nov; 20(8):1099–107. DOI: 10.1016/j.jflm.2013.09.015
28. Souza ER de, Meira KC, Ribeiro AP, Santos J dos, Guimarães RM, Borges LF, et al. Homicides among women in the different Brazilian regions in the last 35 years: an analysis of age-period-birth cohort effects. *Ciênc Saúde Colet*. 2017 Sept;22(9):2949–62. DOI: 10.1590/1413-81232017229.12392017
29. Borges LM, Lodetti MB, Tridapalli AL, Machado GS. Partner homicide in the greater São Paulo and greater Florianópolis: news published in newspapers. *Gerais Rev Interinstitucional Psicol* [Internet]. 2016 July/Dec [cited 2019 Feb 6];9(2):227–40. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v9n2/v9n2a06.pdf>
30. Campbell JC, Webster D, Koziol-McLain J, Block C, Campbell D, Curry MA, et al. Risk factors for femicide in abusive relationships: results from a multisite case control study. *Am J Public Health* [Internet]. 2003 July [cited 2019 Feb 12];93(7):1089–97. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447915/>
31. National Archive of Criminal Justice Data. Inter-university consortium for political and social research. Uniform crime reporting program data: supplementary homicide reports, 2015. Ann Arbor: IUCPSR; 2017. DOI: <https://doi.org/10.3886/ICPSR36790.v1>

32. Díez C, Kurland RP, Rothman EF, Bair-Merritt M, Fleegler E, Xuan Z, et al. State intimate partner violence–related firearm laws and intimate partner homicide rates in the United States, 1991 to 2015. *Ann Intern Med*. 2017 Oct;167(8):536–43. DOI: 10.7326/M16-2849
33. McPhedran S. An Evaluation of the impacts of changing firearms legislation on australian female firearm homicide victimization rates. *Violence Against Women*. 2018 May; 24(7):798–815. DOI: 10.1177/1077801217724450
34. Carmichael H, Jamison E, Bol KA, McIntyre R Jr, Velopulos CG. Premeditated versus “passionate”: patterns of homicide related to intimate partner violence. *J Surg Res [Internet]*. 2018 Oct [cited 2019 May 01];230:87–93. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30100045>

6.4 ARTIGO 4 – REGISTROS DE VIOLÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS HOMICÍDIOS DE MULHERES*

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um problema global, preocupante por causar danos à saúde individual e coletiva^{1,2}. As formas predominantes desta violência são física, sexual e psicológica¹. No mundo, estima-se que 35% das mulheres são vítimas de violência física e/ou sexual³. O homicídio representa a forma mais extrema de violência, um ato letal em um *continuum* de discriminação e abuso baseado no gênero. No ano de 2017, um total de 87.000 mulheres foram mortas intencionalmente, com taxa global de homicídio feminino estimada em 2,3 por 100.000 mulheres⁴.

Houve mais de 100 mil homicídios femininos entre 1980 e 2014 no país, com uma taxa de 5,13 óbitos por 100.000 mulheres. Por região revela os seguintes coeficientes: Centro-Oeste (7,98), Sudeste (4,78), Norte (4,77), Nordeste (4,05) e Sul (3,82). Todas as regiões do país apresentaram aumento contínuo nas taxas de mortalidade ao longo destes anos⁵.

No Brasil, entre os anos de 2011 e 2015, foram notificadas nos serviços de saúde 567.456 mulheres vítimas dos diversos tipos de violência, onde a violência física representou 78,4%, seguida da psicológica com 14,2%, sexual com 4,7% e negligência/abandono 1,8% dos casos. Posteriormente 2.599 destas, foram vítimas de homicídio⁶. A mensuração de eventos relacionados à morbidade e mortalidade, entre eles a violência e os homicídios, são realizadas

*Artigo original submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública (Anexo J)

a partir dos Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e dos Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), que foram criados pelo Ministério da Saúde do Brasil, nas décadas de 1970 e 1990, respectivamente⁷⁻⁹.

Estes sistemas podem ser usados para complementação de informações de interesse para a vigilância em saúde e para o planejamento de ações da rede intersetorial que atua no enfrentamento da violência contra mulheres⁶. O monitoramento dos atendimentos de saúde relacionados à agressão e do homicídio contra as mulheres é imprescindível para a compreensão desse problema de saúde pública. Este estudo teve como objetivo identificar os fatores associados aos homicídios em mulheres que tinham notificação prévia de violência.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, realizado no estado de Pernambuco região Nordeste do Brasil, que possui 185 municípios. Encontra-se dividido em cinco Mesorregiões e 12 Regiões de Saúde. De acordo com a estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2016, a população total é de 9.410.336 habitantes. As mulheres são maioria, 4.873.140, equivalente a 52% do total¹⁰.

A população do estudo foi constituída de mulheres, a partir dos 10 anos de idade, vítimas de homicídios, ocorridos entre 2012 e 2016. Foram incluídos os óbitos, registrados no SIM, codificados no Capítulo XX causas externas de morbidade e de mortalidade (códigos X85 a Y09 - Agressões) da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10); e pelas mulheres vítimas de violência notificada no Sinan entre 2011 e 2016.

Os dados dos homicídios foram obtidos do SIM que têm como instrumento de coleta a Declaração de Óbito. As notificações de violência contra mulher foram obtidas do Sinan, que são registradas a partir da ficha de notificação e investigação individual de violência interpessoal e autoprovocada.

Para a análise estatística utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson e a regressão logística. Esta é uma técnica estatística que tem como objetivo produzir, diante de um conjunto de observações, um modelo que permita a predição de valores tomados por uma variável categórica, frequentemente binária, a partir de uma série de variáveis explicativas contínuas e/ou binárias. No modelo, foi estimado a probabilidade de ocorrência de homicídio de acordo

com as variáveis preditoras. Para uma variável ser adotada na estimação do modelo, o nível de significância do teste Qui-quadrado deve ser estatisticamente significativo. O método *stepwise* foi adotado para a seleção de variáveis permanecendo no modelo se $p < 0,05$. A interpretação dos coeficientes é feita a partir da razão de chances. O programa R, versão 3.5.0 foi usado para a análise estatística.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE 91858618.9.0000.5208).

RESULTADOS

No período, foram registradas 32.308 notificações de violência contra a mulher, com predomínio na faixa etária de maiores de 20 anos (70,78%), negras (80,18%) e não eram casadas (67,04%). A violência mais notificada foi do tipo física (50,97%), por meio de força corporal (49,65%), a violência aconteceu no domicílio (67,81%), tendo como agressores parceiro/ex-parceiro (47,76 %) (Tabela 1).

Foram registradas 1.162 mulheres vítimas de homicídios, a maior parte das vítimas tinham mais de 20 anos (79,00%), negras (88,01%) e não eram casadas (89,66%). O homicídio ocorreu na via pública (41,16%) e por meio de disparo de arma de fogo (56,82%) (Tabela 2).

No modelo bivariado, evidenciou-se associação entre as variáveis zona de residência (p-valor 0,02), violência física (p-valor 0,00), violência sexual (p-valor 0,01) e reincidência de violência (p-valor $< 0,0$) para a ocorrência de homicídios (Tabela 3).

As chances de homicídio foram maiores para mulheres que sofreram violência física (3,88 vezes maior) e quando houve reincidência da violência (mais de uma notificação de violência) (3,89 vezes maior) (Tabela 4).

A Tabela 5 apresenta comparações de estimativas de ocorrência de homicídio para oito cenários possíveis. A maior probabilidade de homicídio é apresentada pelo grupo de vítimas com reincidência de violência, que sofreram violência física e que residiam em zonas rurais (2,60%). A maioria das notificações era de mulheres sem registros de reincidência de violência, que sofreram violência física e residiam em zona urbana (57,33%), estas apresentam a probabilidade de 0,34 de ocorrer homicídio.

DISCUSSÃO

Constatou-se que o risco de homicídio era maior nas mulheres que sofreram violência física anterior. Pesquisa que analisou o risco de letalidade entre mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo atendidas em serviços de emergência, mostrou que 33,1% apresentavam elevado risco de morte por agressão¹¹. Na Itália, 52,4% das vítimas de homicídios tinham registros de admissão em serviços de emergência por agressões físicas nos 24 meses anteriores à sua morte¹². As mulheres atendidas nas emergências vítimas de violência compõem um grupo prioritário para a rede de proteção à mulher e oferece oportunidade para intervenções e prevenção de possíveis homicídios.

Um estudo sobre características de homicídios relacionados à violência doméstica mostrou que 60,2% das vítimas de homicídios domésticos tinham histórico de sofrer violência por parceiro íntimo e que 5,7% das vítimas foram agredidas no mês anterior a sua morte¹³. Outro estudo sobre homicídios com histórico de violência, que utilizou dados policiais, identificou que 61% dos homicídios ocorreram por violência doméstica ou tinha um histórico de agressão anterior¹⁴.

A violência física, na maioria das vezes, é precedida ou simultânea a violência psicológica que, em muitos casos, não é reconhecida pela vítima, ou não se configura por si só um motivo para buscar atendimento médico¹⁵. Os serviços de saúde são responsáveis por acolher e articular medidas assistenciais e não apenas medicar ferimentos ou fraturas resultantes da violência^{16,17}. Também é preciso articular a notificação de violência contra a mulher com aconselhamento e a possibilidade de encaminhamento à rede composta pelos demais serviços de cuidado e proteção, visando cessar o ciclo da violência⁶.

No presente estudo, foi possível observar que o risco de morte é alto para as mulheres residentes em áreas rurais. Foi identificado em uma pesquisa sobre locais de ocorrência de homicídios de mulheres, que maioria dos homicídios ocorrera em municípios localizados em áreas urbanas e apenas 3% em municípios em áreas rurais. Entretanto, as agressões por arma de fogo tiveram maior proporção nas regiões rurais. Esse fato pode estar ligado à disponibilidade de armas em ambientes rurais e a impossibilidade da aplicação da lei de forma mais rígida nesses locais¹⁸.

Os agressores em localidades rurais, quando comparados aos urbanos, podem perpetuar violência mais crônica e grave. Isso pode estar relacionado às taxas mais altas de abuso de bebidas e ao desemprego documentadas entre perpetradores rurais¹⁹. Ademais, as vítimas de violência em localidades rurais podem ter piores condições psicossociais e físicas devido à falta de disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos serviços de proteção a vítima de violência¹⁹.

No Brasil, as delegacias de mulheres e casas abrigo, estão distribuídas de forma desigual sendo mais presentes nas capitais e regiões metropolitanas, algo que dificulta a efetividade de tais serviços de combate à violência de maneira uniforme entre os municípios²⁰. Um estudo sobre violência contra mulheres, no Rio Grande do Sul, identificou fatores que poderiam limitar mulheres de áreas rurais de romper com o ciclo da violência, destacando-se: distância entre as áreas rurais e os serviços assistenciais e protetivos, acesso restrito ao transporte, dependência do companheiro, pouca atenção dos profissionais no atendimento das vítimas e desarticulação da rede de atenção²¹.

Evidenciou-se reincidência de violência como maior fator de risco para homicídios. O histórico de agressões muitas vezes tem como desfecho o homicídio dessas mulheres, que são mortes previstas e evitáveis²². Uma análise de 10.018 homicídios de mulheres nos Estados Unidos, no período de 2003-2014, revelou que 55,3% foram relacionados ao parceiro íntimo e que 11,2% sofreram alguma forma de violência no mês anterior às suas mortes. O desentendimento e o ciúme foram circunstâncias precipitantes comuns²³.

Recentemente uma meta-análise sobre os fatores de risco relacionados com homicídios de mulheres por um parceiro íntimo identificou como fator de risco ter histórico de ameaça e agressão anterior. Se o agressor já havia ameaçado a vítima com uma arma ou se o autor já havia estrangulado a vítima de maneira não-fatal, a probabilidade de homicídio aumentou aproximadamente sete vezes²⁴.

Identificou-se que ter sido vítima de violência física, residir em áreas rurais e reincidência de violência foram os principais fatores de risco para os homicídios. Outros estudos revelam fatores de risco associados aos agressores, como o perpetrador ser mais velho, já ter apresentado ideação suicida e /ou homicida, foram significantes²⁵. Assim como, o agressor ter armas em sua casa ou acesso fácil e comportamento controlador²⁴.

As limitações deste estudo correspondem à qualidade dados secundários analisados. Em relação aos óbitos, podem existir problemas no preenchimento das declarações de óbito, codificação da causa básica e subnotificação. Sobre a violência considere-se a subnotificação. No estudo, estão incluídas apenas as mulheres que revelaram que a sua lesão era resultante de uma agressão, portanto o risco para as mulheres que não divulgaram que se tratava de uma agressão é desconhecido.

Identificar fatores associados ao homicídio é importante para as ações de vigilância em saúde, bem como para os demais serviços da rede intersetorial. Os resultados deste estudo podem ser usados para auxiliar na formulação de políticas públicas de proteção e prevenção da

violência. Também necessita de financiamento para implementação de ações preventivas e protetivas para as vítimas e punições efetivas aos agressores.

Referências

1. Krahé B. Violence against women. *Curr Opin Psychol* [Internet]. 2018 Feb 1 [cited 2019 Feb 6];19:6–10. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352250X17300489?via%3Dihub>
2. Gregory A, Feder G, Williamson E. The shared burden of domestic violence: a qualitative study with informal supporters of survivors. *Lancet* [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2019 Feb 6];388:S52. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673616322887>
3. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.
4. United Nations Office on Drugs and Crime. Global study on homicide 2013 [Internet]. Available from: <http://www.unodc.org/gsh/>
5. Souza ER de, Meira KC, Ribeiro AP, Santos J dos, Guimarães RM, Borges LF, et al. Homicídios de mulheres nas distintas regiões brasileiras nos últimos 35 anos: análise do efeito da idade-período e coorte de nascimento. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017 Sep [cited 2019 Feb 6];22(9):2949–62. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002902949&lng=pt&tlng=pt
6. Barufaldi LA, Souto RMCV, Correia RS de B, Montenegro M de MS, Pinto IV, Silva MMA da, et al. Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017 Sep [cited 2019 Feb 6];22(9):2929–38. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002902929&lng=pt&tlng=pt

7. Morais RM de, Costa AL, Moraes RM de, Costa AL. Uma avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. *Saúde em Debate* [Internet]. 2017 Mar [cited 2019 Feb 6];41(spe):101–17. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500101&lng=pt&tlng=pt
8. Santos SA, Legay LF, Aguiar FP, Lovisi GM, Abelha L, Oliveira SP de, et al. Tentativas e suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro, Brasil: análise das informações através do linkage probabilístico. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014 May [cited 2019 Feb 6];30(5):1057–66. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000501057&lng=pt&tlng=pt
9. Silva SHA da, Mota JC da, Silva RS da, Campos MR, Schramm JM de A, Silva Júnior SHA da, et al. Descrição dos registros repetidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2008-2009*. *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. 2016 Sep [cited 2019 Feb 6];25(3):487–98. Available from: http://www.iec.pa.gov.br/template_doi_ess.php?doi=10.5123/S1679-49742016000300487&scielo=S2237-96222016000300487
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA. Available from: <https://sidra.ibge.gov.br/home/pmc/brasil>
11. Brignone L, Gomez AM. Double jeopardy: Predictors of elevated lethality risk among intimate partner violence victims seen in emergency departments. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2019 Feb 6];103:20–5. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743517302396?via%3Dihub>
12. Mamo C, Bianco S, Dalmasso M, Girotto M, Mondo L, Penasso M. Are Emergency Department Admissions in the Past Two Years Predictors of Femicide? Results from a Case--control Study in Italy. *J Fam Violence* [Internet]. 2015;30(7):853–8. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10896-015-9726-6>

13. Jiang Y, DeBare D, Shea L-M, Viner-Brown S. Violence Against Women: Injuries and Deaths in Rhode Island Yongwen Jiang, PhD; Deborah Debare, MMHS; Lynne-Marie Shea, BA; Samara Viner-Brown, MS. *R I Med J* (2013) [Internet]. 2017;100(12):24—28. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/29190839>
14. Iratzoqui A, McCutcheon J. The Influence of Domestic Violence in Homicide Cases. *Homicide Stud* [Internet]. 2018 May 24 [cited 2019 May 1];22(2):145–60. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1088767917751673>
15. Sousa AKA de, Nogueira DA, Gradim CVC. Perfil da violência doméstica e familiar contra a mulher em um município de Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [cited 2019 Feb 6];21(4):425–31. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2013000400011&lng=pt&tlng=pt
16. Oliveira RNG de, Fonseca RMGS da, Oliveira RNG de, Fonseca RMGS da. Health needs: the interface between the discourse of health professionals and victimized women. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2015 Apr [cited 2019 Feb 6];23(2):299–306. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000200016&lng=en&tlng=en
17. Taft A, O’Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson L, Feder G. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. In: Taft A, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013 [cited 2019 Feb 6]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007007.pub2>
18. Reckdenwald A, Szalewski A, Yohros A. Place, Injury Patterns, and Female-Victim Intimate Partner Homicide. *Violence Against Women* [Internet]. 2019 May 21;25(6):654–76. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077801218797467>

19. Edwards KM. Intimate Partner Violence and the Rural–Urban–Suburban Divide. *Trauma, Violence, Abuse* [Internet]. 2015 Jul 4 [cited 2019 Feb 6];16(3):359–73. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1524838014557289>
20. Cerqueira D, Matos M, Martins APA, Junior JP. Avaliando a efetividade da lei maria da penha. Available from: file:///C:/Users/sheye/Desktop/Pesquisa_IPEA_Efetividade_Lei_Maria_da_Penha.pdf
21. Costa MC da, Silva EB da, Soares J dos SF, Borth LC, Honnef F. Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2017;38(2). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000200416&lng=pt&tlng=pt
22. Meneghel SN, Portella AP, Meneghel SN, Portella AP. Feminicídios: conceitos, tipos e cenários. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017 Sep [cited 2019 Feb 6];22(9):3077–86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002903077&lng=pt&tlng=pt
23. Petrosky E, Blair JM, Betz CJ, Fowler KA, Jack SPD, Lyons BH. Racial and Ethnic Differences in Homicides of Adult Women and the Role of Intimate Partner Violence — United States, 2003–2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2017 Jul 21;66(28):741–6. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6628a1.htm>
24. Spencer CM, Stith SM. Risk Factors for Male Perpetration and Female Victimization of Intimate Partner Homicide: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence, Abuse* [Internet]. 2018 Jun 10;152483801878110. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1524838018781101>
25. Cunha OS, Gonçalves RA. Predictors of Intimate Partner Homicide in a Sample of Portuguese Male Domestic Offenders. *J Interpers Violence* [Internet]. 2019 Jun 7;34(12):2573–98. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177>

0886260516662304

Tabela 1. Características das notificações de violência contra a mulher. Pernambuco, 2012-2016

Variáveis	Violência	
	32.308	
	n	%
Idade		
10 a 20 anos	9.442	29,22
Maior que 20 anos	22.866	70,78
Raça/cor		
Negra	18.549	80,18
Não negra	4.584	19,82
Situação conjugal		
Não casada	16.668	67,04
Casada	8.193	32,96
Local de Ocorrência		
Residência	16.925	67,81
Via pública	4.790	19,19
Outros	3.245	13,00
Tipo de Violência		
Física	21.726	50,97
Psicológica	11.505	26,99
Sexual	5.649	13,25
Outras	3.745	8,79
Meio de Agressão		
Força corporal	17.022	49,65
Arma de fogo	1.577	4,60
Objeto contundente/cortante/perfurante	3.302	9,63
Outros	12.385	36,12
Relação vítima/agressor		
Parceiro/ex-parceiro	11.902	47,76
Familiar	3.572	14,33
Conhecido	3.057	12,27
Desconhecido	3.133	12,57
Outros	3.258	13,07

Tabela 2. Características dos homicídios de mulheres. Pernambuco, 2012-2016

Variáveis	Homicídio	
	1.162	
	n	%
Idade		
10 a 20 anos	244	21,00
Maior que 20 anos	918	79,00
Raça/cor		
Negra	1.006	88,01
Não negra	137	11,99
Situação conjugal		
Não casada	910	89,66
Casada	105	10,34
Local de Ocorrência		
Via pública	475	41,16
Residência	287	24,87
Hospital/serviços de saúde	269	23,31
Outros	123	10,66
Tipo de Agressão		
Arma de fogo	658	56,82
Objeto contundente/cortante/perfurante	439	37,91
Força corporal	49	4,23
Outros	12	1,04

Tabela 3. Características da violência prévia por ocorrência de homicídio. Pernambuco, 2012-2016

Homicídio						
Variáveis	Não		Sim		p-valor	RR
	n	%	n	%		
Raça/Cor					0,21	
Negra	18.803	58,20	76	0,24		1,08
Não negra	4.243	13,13	11	0,03		0,69
Situação conjugal					0,62	
Casada	8.159	25,25	33	0,10		1,08
Não casada	22.420	69,39	80	0,25		0,95
Zona de residência					0,02	
Urbana	25.771	79,77	84	0,260		0,87
Rural/periurbana	3.532	10,93	21	0,065		1,58
Zona de ocorrência					0,74	
Urbana	21.369	66,14	67	0,21		0,83
Rural/periurbana	3.274	10,13	12	0,04		0,97
Local de ocorrência					0,79	
Residência	16.871	52,22	54	0,17		0,85
Via pública ou outros	8.007	24,78	28	0,09		0,93
Violência física					0,00	
Sim	21.527	66,63	99	0,31		1,22
Não	7.985	24,72	11	0,03		0,37
Violência psicológica					0,24	
Sim	11.470	35,50	35	0,11		0,81
Não	14.747	45,65	59	0,18		1,06
Violência sexual					0,01	
Sim	5.640	17,46	8	0,02		0,38
Não	20.259	62,71	81	0,25		1,06
Reincidência de violência					-	
Sim	1.487	4,60	15	0,05		2,68
Não	30.700	95,02	106	0,33		0,92

Tabela 4. Estimativas dos coeficientes do modelo de regressão logística e razões de chances de ocorrer homicídio. Pernambuco, 2012-2016

Coeficientes	Estimativas	Erro padrão	Estatística Z	Razão de chances			p-valor
				RC	L.I.	L.S.	
Intercepto	-6,34	0,396	-15,99	0,00	0,001	0,004	0,00
Zona de residência [Urbana]	-0,70	0,269	-2,61	0,50	0,299	0,864	0,01
Violência física	1,36	0,355	3,82	3,88	2,042	8,343	0,00
Reincidência de violência	1,36	0,305	4,45	3,89	2,044	6,836	0,00

Tabela 5. Probabilidades de ocorrer homicídio estimadas através do modelo de regressão logístico. Pernambuco, 2012-2016

Reincidência de violência	Violência física	Zona de residência	Probabilidade e Estatística	
			(%)	%
Sim	Sim	Rural/periurbana	2,60	0,42
Sim	Sim	Urbana	1,30	2,69
Sim	Não	Rural/periurbana	0,68	0,34
Não	Sim	Rural/periurbana	0,68	8,01
Sim	Não	Urbana	0,34	1,67
Não	Sim	Urbana	0,34	57,33
Não	Não	Rural/periurbana	0,18	3,93
Não	Não	Urbana	0,09	25,61

% Indica a porcentagem da combinação na base de dados

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As características dos homicídios revelam que as mulheres mais acometidas são negras, solteiras, com baixa escolaridade. Além das vulnerabilidades de características individuais, as características do local onde residem influenciam no risco de morte. Melhores condições de renda e trabalho, transporte, saneamento básico, saúde e educação podem minimizar vulnerabilidades sociais e influencia na diminuição das taxas de mortalidade por homicídio. Ainda assim, o fortalecimento das legislações e políticas públicas combate a violência e proteção as vítimas precisam ser cada vez mais implementadas e fortalecidas. A maioria das vítimas tinha parceiros íntimos como agressores e as agressões ocorreram em suas residências. Pessoas e locais íntimos, de acesso privado, algo que torna ainda mais difícil para a vítima romper com o ciclo de violência. Reincidência de ocorrência de violência foi o maior fator de risco para de homicídios, fica evidente que a necessidade de romper este ciclo de violência é necessário e urgente.

REFERÊNCIAS

- ADINEW, Y. M.; HAGOS M. A. Sexual violence against female university students in Ethiopia. **BMC Inter. Health and Human Rights**, Londres, v. 17, n. 19, jul, 2017.
- ADINKRAH, M. Homicide–Suicide in Ghana: Perpetrators, Victims, and Incidence Characteristics. **Violence Against Women**, California, v. 20, n. 9, p. 1078-1096, dez, 2014.
- AIZPURUA, E. et al. Controlling Behaviors and Intimate Partner Violence Among Women in Spain: An Examination of Individual, Partner, and Relationship Risk Factors for Physical and Psychological Abuse. **J. Interpers. Violence**, California, v. 0, n. 0, p.1–24, ago, 2017.
- AMADOR et al. Desigualdade espacial na mortalidade por agressão no estado do Rio Grande do Norte, Brasil: 2010 a 2014. **J. Health Biol Sci.** v. 5, n. 1, p.24-30, 2017.
- AQUINO, R.; GOLVEIA, N.; TEIXEIRA, M.G.; COSTA, M.C.C.; BARRETO, M.L. Estudos Ecológicos (Desenho de Dados Dgregados). in: ALMEIDA FILHO, N; BARRETO, M. L. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
- AUSTIN, A. E. et al, Improved Ascertainment of Pregnancy-Associated Suicides and Homicides in North Carolina. **Am. J Prev. Med.**, Washington, v. 51 n. 5, p. 234-240, nov, 2016.
- BARUFALDI, L. A. et al. Gender violence: a comparison of mortality from aggression against women who have and have not previously reported violence. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2929-2938, set, 2017.
- BRASIL Presidência da República. Lei nº 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. 1.º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Brasília, 2015.
- BRAZ, Rui Moreira et al,. Spatial dependence of malaria epidemics in municipalities of the Brazilian Amazon. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 17, n. 3, p. 615-628, 2014 .
- BREIDING, M. J. Prevalence and Characteristics of Sexual Violence, Stalking, and Intimate Partner Violence Victimization—National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, United States, 2011. **MMWR Surveill Summ.** Geórgia, v. 63, n. 8 p.1–18, set, 2014.
- BRIGNONE, L.; GOMEZ, A. M. Double jeopardy: Predictors of elevated lethality risk among intimate partner violence victims seen in emergency departments. **Preventive Medicine**. Amsterdam, v. 103, p. 20-25, out, 2017.

CAMPBELL, J. et al. Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. **Arch. Intern. Med.**, v. 162, n. 10, p. 1157-1163, mai, 2002.

CARDOSO, F. L. M. G. et al. Homicídios no Rio de Janeiro, Brasil: uma análise da violência letal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1277-1288, Abr. 2016.

CEREL, J. M. et al. Emergency Department Visits Prior to Suicide and Homicide. **Crisis**, Toronto, v. 37, n. 1, p. 5-12, dez. 2016.

COELI, C. M.; PINHEIRO, R. S.; CAMARGO JR., K. R. Achievements and challenges for employing record linkage techniques in health research and evaluation in Brazil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 795-802, dez. 2015.

COSTA et al. Homicídios: Distribuição Espacial e Associação às Condições de Vida em Itabuna, Bahia. **J Health Sci.** v. 19, n. 1, p. 1-8, 2017.

DANIEL, V. M.; PEREIRA, G. V.; MACADAR, M. A. Perspectiva Institucional dos Sistemas de Informação em Saúde em Dois Estados Brasileiros. **Rev. adm. contemp.**, Curitiba, v. 18, n. 5, p. 650-669, out. 2014.

DAVIES, L. et al. Patterns of Cumulative Abuse Among Female Survivors of Intimate Partner Violence: Links to Women's Health and Socioeconomic Status. **Violence Against Women**, California, v. 21, n.1, p. 30–48, jan, 2015.

DEVRIES, K. M. et al. Global health. The global prevalence of intimate partner violence against women. **Science**, Cleveland, v. 28 n. 340, 1527-1528. jun, 2013.

DÍEZ, C. et al. State Intimate Partner Violence–Related Firearm Laws and Intimate Partner Homicide Rates in the United States, 1991 to 2015. **Ann. Intern. Med.**, v. 167, n.8, p. 536-543, out, 2017.

ECKHARDT, C. I. et al. Mechanisms of Alcohol-Facilitated Intimate Partner Violence. **Violence Against Women**, California, v. 21, n. 8, p. 939-57, ago, 2015.

FARCHI, S. et al. Use of emergency department services by women victims of violence in Lazio region, Italy. **BMC Womens Health**, Londres, n. 13, v. 31, jul, 2013.

FERNBRANT, C. et al. Increased Risk of Mortality Due to Interpersonal Violence in Foreign-Born Women of Reproductive Age: A Swedish Register-Based Study. **Violence Against Women**, California, v. 22, n. 11, p. 1287 – 1304, jan, 2016.

- FERREIRA, P; LOXTON, D; TOOTH, L. R. Intimate personal violence and caregiving: Influences on physical and mental health in middle-aged women. **Maturitas**, Amsterdam, v. 102, p. 34 – 40, ago, 2017.
- FISHER, C. Changed and changing gender and family roles and domestic violence in African refugee background communities post-settlement in Perth, Australia. **Violence Against Women**, California, v. 19, n. 7, p. 833-847. jul, 2013.
- FRIAS, P. G.; SZWARCOWALD, C. L.; LIRA, P. I. C. Avaliação dos sistemas de informações sobre nascidos vivos e óbitos no Brasil na década de 2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, p. 2068-2280, out. 2014.
- GARCIA, L. P, et al. Estimativas corrigidas de feminicídios no Brasil, 2009 a 2011. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 37, n. 4/5, p. 251–257, 2015.
- GARCIA, L. P. The invisible magnitude of violence against women. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 451-454, set, 2016.
- GARCÍA-MORENO, C. et al. The health-systems response to violence against women. **The Lancet**. Londres, v. 385, n. 9977, p. 1567-1579, abr, 2015.
- GIRODO, A. M. et al. Cobertura do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos e potenciais fontes de informação em municípios de pequeno porte em Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**. Recife, v. 15, n. 3, p. 317-324, set, 2015.
- GODOWN, J. et al. A unique linkage of administrative and clinical registry databases to expand analytic possibilities in pediatric heart transplantation research. **Am. Heart. J.**, Amsterdam, v. 194, p. 9-15, dez, 2017.
- GONZALEZ, J. M. R. et al. Characteristics of adults involved in alcohol-related intimate partner violence: results from a nationally representative sample. **BMC Public Health**. Londres, v. 14, n.1, p. 441-466, mai, 2014.
- GREGORY, A. et al. The shared burden of domestic violence: a qualitative study with informal supporters of survivors. **The Lancet**, Londres, v. 388 , n. 52, nov, 2016.
- GROSE, R. G.; GRABE, [S.](#) The Explanatory Role of Relationship Power and Control in Domestic Violence Against Women in Nicaragua: A Feminist Psychology Analysis. **Violence Against Women**, California, v. 20, n. 8, p. 972-993, ago, 2014.
- GUIMARAES, R. M. et al. Challenges for the formulation, implantation and implementation of a National Health Surveillance Policy in Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1407-1416, mai, 2017.

- HAGGER-JOHNSON, G. Probabilistic linkage to enhance deterministic algorithms and reduce data linkage errors in hospital administrative data. **J Innov. Health Inform.** Londres, v. 30, n. 2, p. 891, jun, 2017.
- HIRSCHEL, D; BUZAWA, E. S. The impact of offenders leaving the scene on the police decision to arrest in cases of intimate partner violence. **Violence Against Women.** California, v. 19, n. 9, p. 1079-1103, set, 2013.
- JEWKES, R. (How) Can We Reduce Violence Against Women by 50% over the Next 30 Years? **PLoS Med.** California, v. 11, n.11, p.100. 2014.
- KATERNDAHL, D. et al. Recurrent multi-day patterns of intimate partner violence and alcohol intake in violent relationships. **Nonlinear Dynamics Psychol.**, v.19, n. 1, p. 41-63, jan, 2015.
- KELLER, S. N.; HONEA, J. C. Navigating the gender minefield: An IPV prevention campaign sheds light on the gender gap. **Global Public Health.** v. 11, n. 1-2, p. 184-187, nov, 2015.
- KELMENDI, K. Domestic Violence Against Women in Kosovo A Qualitative Study of Women's Experiences. **J. Interpers. Violence**, Califónia, v. 30, n. 4, p. 680-702, 2014.
- KIRST, M. et al. The effects of social capital and neighborhood characteristics on intimate partner violence: a consideration of social resources and risks. **Am. J. Community Psychol.** Berlin, v. 55, n. 3-4, p. 314-25, jun, 2015.
- KRAHÉ, B. Violence against women. **Current Opinion in Psychology.** Amsterdam, v. 19, p. 6-10, fev, 2018.
- IPEA. Atlas da vulnerabilidade Social dos Municípios Brasileiros. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada;. 2015
- IPEA. Índice de Vulnerabilidade Social. Disponível em: <http://ivs.ipea.gov.br/index.php/pt/planilha>.*
- LACERDA, E. G. et al,. Homicídios entre jovens negros no Estado de Minas Gerais: uma análise exploratória. **Caderno de Geografia.** v. 24, n. 1, p. 69-78, 2014.
- LEITE, F. M. C. et al. Análise da tendência da mortalidade feminina por agressão no Brasil, estados e regiões. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2971-2978, set. 2017.
- LIMA, J. S.; SOUTO, S. F. Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências em uma metrópole do Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 661 673, jun, 2015.

LÖVESTAD, S. Prevalence of intimate partner violence and its association with symptoms of depression; a cross-sectional study based on a female population sample in Sweden. **BMC Public Health**, Londres, v.17, n.1, p. 335, abr, 2017.

MADDOUX J, et al. Problem-solving and mental health outcomes of women and children in the wake of intimate partner violence. **J Environ Public Health**. Basel, v.1, p. 1-7, nov, 2014.

MAIA, L. T. S. et al. Use of linkage to improve the completeness of the SIM and SINASC in the Brazilian capitals. **Rev. Saúde Pública**. v. 51, 112 p. 1-13, dez, 2017.

MALTA, D. C. et al. Violence against adolescents in Brazilian capitals based on a survey conducted at emergency services. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2899-2908, set, 2017.

MAMO, C. Are Emergency Department Admissions in the Past Two Years Predictors of Femicide? Results from a Case-control Study in Italy. **J. Fam. Viol.**, v. 30, n. 7, p. 853–858, out, 2015.

MARGARITES, A. F.; MENEGHEL, S. N.; CECCON, R. F. Feminicides in Porto Alegre: How many? Who are they?. **Rev. bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 225-236, jun, 2017.

MARTÍN-BAENA, D. et al. Violence against young women attending primary care services in Spain: prevalence and health consequences, **Family Practice**, Oxford, v. 32, n. 4, p. 381–386, ago, 2015.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil – 2014. **Rev. Saúde em Foco**, Teresina, v.1 n. 1, p. 2525-4383, jun, 2016.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Emergency room visits due to external causes and alcohol consumption – Capitals and the Federal District, Brazil, 2011. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1037-1046, abr, 2015.

MCPHEDRAN, S. An Evaluation of the Impacts of Changing Firearms Legislation on Australian Female Firearm Homicide Victimization Rates. **Violence Against Women**, California, v. 0, n. 0, p.1-18, set, 2017.

MEEKERS, D.; PALLIN, S. C.; HUTCHINSON P. Intimate partner violence and mental health in Bolivia. **BMC Womens Health**. Londres, v.13, n. 28, p. 1-16, jun, 2013.

MENEGHEL, S. N.; PORTELLA, A. P. Femicídios: conceitos, tipos e cenários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 3077-3086, set. 2017.

MENEGHEL, S. N. et al. Femicides: a study in Brazilian state capital cities and large municipalities. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2963-2970, set, 2017.

MICHAU, L. et al. Prevention of violence against women and girls: lessons from practice. **The Lancet**, Londres, v. 385, n. 9978, p.1672–1684, abr, 2015.

MINAYO, M.C.S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: SOUZA E.R., organizadores. Curso impactos da violência na saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, p.24-35, 2007.

MIRANDA, J.K. et al. Maternal childhood abuse, intimate partner violence, and child psychopathology: the mediator role of mothers' mental health. **Violence Against Women**, California, v. 19, n.1, p.50-68, jan, 2013.

MODI, M. N.; PALMER, S.; ARMSTRONG, A. The Role of Violence Against Women Act in Addressing Intimate Partner Violence: A Public Health Issue. **J. Women's Health**, Nova York, v. 23, n. 3, p. 253-259, mar, 2014.

MONTESANTI, S.R.; THURSTON, W.E. Mapping the role of structural and interpersonal violence in the lives of women: implications for public health interventions and policy. **BMC Health Womens**, Londres, v. 11, n. 15, p. 1-13, nov, 2015.

MONTINARI, M.R.; PETRELLA, M.; VIGOTTI, M.A. The mortality rate for homicide among women in Italy: a historical and geographical analysis as a contribution to the study of femicide. **Epidemiologia e Prevenzione**. v. 39, n.2, p.129-133, mar, 2015.

MORAIS, R.M.; COSTA, A. L. Uma avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. esp, p. 101-117. 2017.

NOVO, M.; HERBÓN, J.; AMADO, B.G. Género y victimización: efectos en la evaluación de la violencia psicológica sutil y manifiesta, apego adulto y tácticas de resolución de conflictos. **Rev. Iberoam. Psicología y Salud**, Madri, v. 7, n. 2, p. 89-97, jul, 2016.

OLIVEIRA, R. N. G.; FONSECA R. M. G. S. Violence as a research object and intervention in the health field: an analysis from the production of the Research Group on Gender, Health and Nursing. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. esp, p. 31-38, dez, 2014.

OLIVEIRA, R. N. G.; FONSECA, R. M. G. S. Health needs: the interface between the discourse of health professionals and victimized women. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 299-306, abr, 2015.

ONAITIS, M. W. et al. Prediction of Long-Term Survival After Lung Cancer Surgery for Elderly Patients in The Society of Thoracic Surgeons General Thoracic Surgery Database. **Ann. Thorac. Surg.**, Amsterdam, v. 105, n.1, p. 309-316, jan, 2018.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS - OEA. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, 1994. Disponível em: <http://www.oas.org/juridico/portuguese/treaties/A-61.htm>> Acessado em: 22/09/2017

PASINATO, W. Acesso à justiça e violência doméstica e familiar contra as mulheres: as percepções dos operadores jurídicos e os limites para a aplicação da Lei Maria da Penha. **Rev. direito GV**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 407-428, dez, 2015.

PAIXÃO, L. M. M. M. et al. Urban road traffic deaths: data linkage and identification of high-risk population sub-groups. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 92-106, nov, 2015.

PARKER, E. M.; et al. Intimate Partner Violence and Patterns of Safety Strategy Use Among Women Seeking Temporary Protective Orders: A Latent Class Analysis. **Violence Against Women**, California, p.1-19 mai, 2016.

PEREIRA, A.R.; VIEIRA, D.N.; MAGALHÃES, T. Fatal intimate partner violence against women in Portugal: A forensic medical national study. **J. Forensic Legal Medic.**, Amsterdam, v. 20, n. 8, p.1099-1107, nov, 2013.

PEREIRA, B. S; TOMASI, E. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 411-418, jun, 2016 .

PEREIRA, P. K. et al. Evaluación de los resultados perinatales/nacimientos infantiles en los pacientes con trastornos mentales en un hospital psiquiátrico de Río de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1654-1666, ago, 2014 .

PERNAMBUCO. Cadernos de Informações em Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/aplicativo/secretaria/cadernos-de-informacoes-em-saude>. Acesso em 17/01/2019.

PERNAMBUCO. Plano estadual de saúde: 2016-2019. Secretaria Estadual de Saúde. 338p. 2016. Disponível em: http://www.ces.saude.pe.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/PES-2016-2019-FINAL_23_12_2016-1.pdf

PETROSKY, E. et al. Racial and Ethnic Differences in Homicides of Adult Women and the Role of Intimate Partner Violence — United States, 2003–2014. **Morb. Mortal. Wkly. Rep.**, Georgia, v. 66 n. 28, p.741-746, jul, 2017.

PIACENTI, F.; DE PASQUALI; P. Femicide in Italy, between the years 2000-2012. **Italian journal of criminology**, Lecce, v. 8, n. 3. p.175-180, set, 2014.

PRICE, J.H; Payton E. Intimate partner firearms violence: a topic ignored in women's health journals and the impact on health providers. **Violence Gend**, v. 3, p. 36-41, 2016.

QUINTANILLA, B. P. A. et al. An examination of femicides in Peru between 2009 and 2014. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, Nova York, v.3, n.1, 1-2, mai, 2016.

RAGUSA, A.T. Rural Australian women's legal help seeking for intimate partner violence: women intimate partner violence victim survivors' perceptions of criminal justice support services. **J. Interpers. Violence**, California v. 28, n. 4, p.685-717, mar, 2013.

RAJAGOPAL, S. et al. Data quality and 30-day survival for out-of-hospital cardiac arrest in the UK out-of-hospital cardiac arrest registry: a data linkage study. **BMJ Open**. Londres, v. 20, n. 11, nov, 2017.

RIBEIRO, M.I. C; SILVA, MG.S.N. Violência, Vulnerabilidade e Desigualdade Socioespacial: Análise das Dificuldades Enfrentadas pelas Mulheres Vítimas de Violência Doméstica na Área Urbana de Porto Velho – RO. **Revista Latino-americana de Geografia e Gênero**. Barcelona v.6 n.2, p 92-104. 2015

RODRIGUES, M. et al. Análise espacial da mortalidade infantil e adequação das informações vitais: uma proposta para definição de áreas prioritárias. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2047-2054, jul, 2014.

RODRIGUES, M. et al. Análise espacial da mortalidade infantil e adequação das informações vitais: uma proposta para definição de áreas prioritárias. **Ciênc saúde coletiva**. v. 19, n. 7, 2014.

SANTOS, S. A. et al. Tentativas e suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro, Brasil: análise das informações através do linkage probabilístico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 1057-1066, mai, 2014.

SANTANA, V. S; CUNHA, S. Estudos Transversais. in: ALMEIDA FILHO, N; BARRETO, M. L. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.

SANZ-BARBERO, B. et al. Femicide Across Europe COST Action, a transnational cooperation network for the study of and approach to femicide in Europe. **Gaceta Sanitaria**, v. 30, n. 5, p.393-396, jun, 2016.

SAYERS, A. et al. Probabilistic record linkage. **Int. J. Epidemiol.**, Oxford, v. 45, n. 3, p. 954-964, jun, 2016.

SEMAHEGN, A; MENGISTIE, B. Domestic violence against women and associated factors in Ethiopia; systematic review. **Reprod. Health**, v.12, n. 78, p.1-12, ago, 2015.

SHEEHAN, B. E. et al. Intimate Partner Homicide. New Insights for Understanding Lethality and Risks. **Violence Against Women**, California, v. 21, n. 2, p. 269-288, fev, 2015.

SILVA, D.C. et al. Análise da relação entre a distribuição espacial das morbidades por obesidade e hipertensão arterial para o estado de São Paulo, Brasil, de 2000 a 2010. **Ciênc. & Saúde Coletiva** v. 19, n.6, p. 1709-19, 2014.

SILVA, L. P. et al. Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos e do Sistema de Informações sobre Mortalidade no período neonatal, Espírito Santo, Brasil, de 2007 a 2009. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2011-2020, jul, 2014.

SILVA, R. M.; CARDOSO, F. S. Violência doméstica: um estudo sobre a situação psicossocial de mulheres atendidas numa delegacia de polícia, em Minas Gerais. **Rev. Pretextos**, Minas Gerais, v. 2, n. 3, p. 307- 325, jan, 2017.

SILVA JUNIOR, S. H. A. et al. Descrição dos registros repetidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2008-2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 487-498, set. 2016.

SILVA, M. A. et al. Mulheres vítimas de homicídio em Recife, Pernambuco, Brasil, 2009/2010: um estudo descritivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 391-396, fev, 2013.

SOUSA, G. S. et al. Social determinants and their interference in homicide rates in a city in northeastern Brazil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 17, supl. 2, p. 194-203, 2014.

SOUTO, R. M. C. V. et al. Rape and pregnancy of girls aged up to 13 years in Brazil: characteristics and implications in health during gestation, delivery and childbirth. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2909-2918, set, 2017.

SOUZA, E. R. et al. Homicides among women in the different Brazilian regions in the last 35 years: an analysis of age-period-birth cohort effects. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2949-2962, set, 2017.

TAFT, A. et al. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. **Cochrane Database Syst Rev**. Londres, v. 30, n. 4, p. 1-71, abr, 2013.

TAVARES, R et al. Homicídios e vulnerabilidade social. **Ciênc. & Saúde Coletiva.**, v. 21, n. 3, p. 923-934, 2016.

TERRANOVA, C; ZEN, M. Women victims of intentional homicide in Italy: New insights comparing Italian trends to German and U.S. trends, 2008-2014. **J Forensic Leg Med.** Amsterdam, v. 53 p. 73-78, jan, 2018.

TIWARI, A. et al. Factors mediating the relationship between intimate partner violence and chronic pain in Chinese women. **J. Interpers. Violence**, California, v. 28, n. 5, p. 1067-1087, mar, 2013.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime, Global Study on Homicide 2013, 2014. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/gsh/pdfs/2014_GLOBAL_HOMICIDE_BOOK_web.pdf. Acesso em: 25/11/2017.

URDINOLA, B. P; TORRES AVILES, F; VELASCO, J. A. The Homicide Atlas in Colombia: Contagion and Under-Registration for Small Areas. **Rev. Colomb. Geogr.**, Bogotá, v. 26, n. 1, p. 101-118, Jun 2017.

USTA, J; TALEB, R. Addressing domestic violence in primary care: what the physician needs to know. **Libyan J. Med.** v.9, n.1, p. 1-7, mar, 2014.

VELOSO, M. M. X. et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1263-1272, mai, 2013.

VIVES-CASES, C. et al. Expert Opinions on Improving Femicide Data Collection across Europe: A Concept Mapping Study. **PLoS One**. California, v. 11, n. 2, fev, 2016.

WEN-LIFONG et al. Adult femicide victims in forensic autopsy in Taiwan: A 10-year retrospective study, **Forensic Sci. Int.**, Amsterdam, v. 266, p. 80-85, set, 2016.

WILLIAMS J.R. et al. An exploration of screening protocols for intimate partner violence in healthcare facilities: a qualitative study. **J. Clin. Nurs.**, Philadelphia, v. 26, n. 15-16, p. 2192-2201, ago, 2017.

WILSON, T. D. Violence against Women in Latin America. **Latin American Perspectives**, California, v. 41, n. 1, p. 3-18, jan, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, 2013. Disponível em:

<<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>>
Acessado em: 10/06/2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564007/en/>> acesso em: 22/09/2017.

YANG, M; WONG, S. C.; COID, J. W. Violence, mental health and violence risk factors among community women: an epidemiological study based on two national household surveys in the UK. **BMC Public Health**. Londres, v. 29, n. 13, p. 1-11, out, 2013.

APÊNDICE A – HOMICÍDIOS DE MULHERES: CARACTERÍSTICAS E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS TAXAS DE HOMICÍDIOS

ISBN: 978-85-53005-13-0

HOMICÍDIOS DE MULHERES: CARACTERÍSTICAS E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL
DAS TAXAS DE MORTALIDADE EM PERNAMBUCO

CAPÍTULO 15

HOMICÍDIOS DE MULHERES: CARACTERÍSTICAS E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS TAXAS DE MORTALIDADE EM PERNAMBUCO

Sheyla Carvalho de BARROS ¹

Conceição Maria de OLIVEIRA ²

Cristine Vieira do BONFIM ³

¹ Mestranda da pós graduação em Saúde Coletiva Universidade Federal de Pernambuco;
² Docente do Centro Universitário Maurício de Nassau; ³ Docente da Universidade Federal de Pernambuco.

sheyla.barros@gmail.com

RESUMO: No Brasil e no mundo mulheres são vítimas de homicídios. Este é um problema grave que muitas vezes é reflexo de agressões sofridas em seus próprios lares. Este estudo teve como objetivo caracterizar a mortalidade por homicídios de mulheres residentes no estado de Pernambuco, entre 2012 e 2016. Estudo transversal, com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). As variáveis estudadas foram: faixa etária, raça/cor, situação conjugal, local de ocorrência do óbito e tipo de agressão. Calcularam-se taxas médias de homicídios de mulheres para o estado de Pernambuco e taxas médias de mortalidade por município e por Regionais de Saúde. Foram registrados 1.162 homicídios de mulheres, com taxa média de 5,7/100.000 mulheres. A taxa de mortalidade por homicídios passou de 5,1/100.000 mulheres em 2012 para 6,2/100.000 em 2016, representando um aumento de 21,6%. A maioria das vítimas eram jovens, pardas, solteiras e a agressão ocorreu por meio de arma de fogo. O

HOMICÍDIOS DE MULHERES: CARACTERÍSTICAS E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS TAXAS DE MORTALIDADE EM PERNAMBUCO

município Camutanga, localizado na XII Regional de Saúde, apresentou a maior taxa (17,0/100.000 mulheres). O município Santa Maria da Boa Vista, localizado na IIX Regional de Saúde apresentou a menor taxa (1,3/100.000 mulheres). A XII Regional de Saúde apresentou a maior taxa (7,0/100.000 mulheres). São necessárias ações mais efetivas de combate dos homicídios de mulheres no estado.

Palavras-chave: Homicídio; Registros de Mortalidade; Estatísticas Vitais.

INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres causa sofrimento às vítimas e suas famílias, e afeta as sociedades em todo o mundo (KRAHÉ, 2018). Ocorre em países desenvolvidos e em desenvolvimento, independentemente da religião dominante ou ideologia política (WILSON, 2014). É um problema que envolve os setores da saúde, segurança e justiça (MONTESANTI; THURSTON, 2015; PARKER et al., 2016). Possui vários fatores associados, mas é principalmente baseada nas desigualdades de gênero presentes culturalmente (KELLER; HONEA, 2015; OLIVEIRA; FONSECA, 2014; MICHAU, et al 2014).

O documento da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994) define esse fenômeno como: "qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher".

A forma mais extrema da violência contra mulheres é o homicídio (SHEEHAN et al, 2015). Este crime, muitas vezes é o ponto final de um percurso contínuo de agressões, onde as mortes são previstas e totalmente evitáveis (MENEGBEL;

HOMICÍDIOS DE MULHERES: CARACTERÍSTICAS E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL
DAS TAXAS DE MORTALIDADE EM PERNAMBUCO

PORTELLA, 2017). Os homicídios de mulheres podem ser comparados à "ponta do iceberg". O lado que não é visto, esconde uma imensidão de violências não declaradas, especialmente a violência rotineira contra mulheres no seu próprio lar (GARCIA; FREITAS; HOFELMANN, 2013).

Da totalidade de vítimas de homicídio no mundo um quinto são do sexo feminino (UNODC, 2014). Em 2014, os homicídios de mulheres foram responsáveis por 22,4% de todas as mortes por agressões nos EUA, 30,8% na Itália, 47,3% na Alemanha (TERRANOVA; ZEN, 2018). Nos EUA, nos anos de 2003 a 2014, ocorreram 10.018 homicídios em mulheres. Um terço das vítimas tinham idades entre 18 e 29 anos e eram solteiras. Tiveram como agressores conhecidos, desconhecidos, pai, parceiros ou ex-parceiros íntimos, onde 79,2% eram parceiros atuais e 14,3% ex-parceiros. (PETROSKY et al, 2017).

No Peru, entre 2009 e 2014, a taxa de homicídios de mulheres foi de 0,74 óbitos por 100.000 mulheres. Os crimes aconteceram, principalmente, em áreas urbanas e na capital do país. Os perpetradores eram predominantemente parceiros íntimos, tinham como principais motivos ciúmes e separações, e as mortes foram premeditadas em 40,9% dos casos (QUINTANILLA et al., 2016). Em Portugal, o agressor típico tem idade um pouco maior que a da vítima, emprego remunerado, possui uma arma e não tem antecedentes criminais (PEREIRA; VIEIRA; MAGALHÃES, 2013).

No Brasil, houveram mais de 100 mil homicídios de mulheres entre 1980 e 2014, com uma taxa de 5,13 óbitos por 100.000 mulheres. Por região revela as seguintes taxas: Centro-Oeste (7,98), Sudeste (4,78), Norte (4,77), Nordeste (4,05) e Sul (3,82). Todas as regiões do país apresentaram

HOMICÍDIOS DE MULHERES: CARACTERÍSTICAS E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS TAXAS DE MORTALIDADE EM PERNAMBUCO

aumento contínuo nas taxas de mortalidade ao longo destes anos (SOUZA et al., 2017). No estado de Pernambuco no ano de 2012 a taxa de mortalidade na população feminina de 20 a 59 anos por agressões foi de 6,09 por 100.000 mulheres (LEITE et al., 2017).

A maioria dos estudos nacionais sobre homicídio usa o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) como fonte de dados (CARDOSO et al., 2016). Esse sistema possui informações fundamentais para as estatísticas de mortalidade (FREITAS et al., 2013). Foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1975 e tem como instrumento de coleta de dados a declaração de óbito (DO). O preenchimento da DO é realizado pelo médico assistencial ou legista (SILVA et al., 2014; SANTOS et al., 2014).

São necessárias mudanças para a prevenção de todas as formas de violência contra mulheres e redução das altas taxas deste agravo. Requerem decisões políticas, tais como esforços para produção de conhecimento sobre violência, uma abordagem baseada em evidências e financiamento para implementação de ações (JEWKES, 2014). Assim como, o incentivo de mudanças na cultura baseada das desigualdades de gênero (FISHER, 2013).

No Brasil, existem legislações específicas que se concentram na prevenção e controle à violência contra mulheres (PASINATO, 2015). A Lei Nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, foi um avanço no combate da violência contra mulheres. Confere significância aos crimes praticados, estabelece medidas de proteção à vítima e punições a quem os pratica (SILVA; CARDOSO, 2017). Assim como a Lei n.º 13.104/2015, conhecida como Lei do Feminicídio. Esta Lei alterou o Código Penal e passou a considerar crime

HOMICÍDIOS DE MULHERES: CARACTERÍSTICAS E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS TAXAS DE MORTALIDADE EM PERNAMBUCO

hediondo o assassinato de mulheres unicamente pela condição do sexo feminino. Entretanto, ainda persistem grandes obstáculos entre os direitos formais e como eles são exercidos na prática. Sendo caracterizados pela permanência da violência de gênero e altas taxas da mortalidade feminina por agressão (GARCIA et al, 2015; MASCARENHAS et al., 2016; PASINATO, 2015).

A descrição dos homicídios de mulheres fornece indicadores, características e distribuição geográfica desta causa de morte. Pode favorecer ampliação dos conhecimentos sobre esta violência e auxiliar no planejamento de medidas de prevenção de óbitos.

O objetivo do estudo é caracterizar a mortalidade por homicídios de mulheres residentes no estado de Pernambuco, entre os anos de 2012 e 2016.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa. A área da pesquisa foi o estado de Pernambuco, situado na região Nordeste do Brasil. Com território abrangendo 98.146,32 km², possui 184 municípios e um distrito, Fernando de Noronha. Encontra-se dividido em cinco Mesorregiões, quatro Macrorregiões de Saúde e 12 Regiões de Saúde. De acordo com a estimativa do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2016, a população total é de 9.410.336 habitantes, o que equivalente a 4,57% do quantitativo do país. As mulheres são maioria, 4.565.767 de acordo com o censo demográfico de 2010, equivalente a 51,9% do total da população.

HOMICÍDIOS DE MULHERES: CARACTERÍSTICAS E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS TAXAS DE MORTALIDADE EM PERNAMBUCO

A população do estudo foi constituída de mulheres a partir dos 10 anos de idade vítimas de homicídios, entre 2012 e 2016, residentes no estado. Os dados dos homicídios de mulheres foram extraídos do SIM. Neste sistema, as causas de morte foram codificadas pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), Capítulo XX de causas externas de morbidade e de mortalidade (códigos X85 a Y09 - Agressões).

Os dados dos óbitos por agressão em mulheres serão extraídos do SIM, cujo instrumento de coleta de dados é a DO que é dividida em nove blocos: I- Identificação, II- Residência, III- Ocorrência, IV- Fetal ou menor que 1 ano, V- Condições e causas do óbito, VI- Médico, VII- Causas Externas, VIII Cartório e IX- Local sem médico, totalizando 59 variáveis, sendo cinco delas específicas para causas externas (variáveis 48 a 52). No Estado de Pernambuco o SIM do vem apresentado melhoras na cobertura, pois 76,6% de seus municípios possuem indicadores satisfatórios em relação às informações vitais (RODRIGUES et al., 2014).

Foram utilizados como fontes de dados populacionais, as projeções intercensitárias estimadas pelo IBGE dos anos de 2012 a 2016 para Pernambuco. Para os municípios, as estimativas populacionais para os anos do estudo, estratificadas por idade e sexo, disponibilizadas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

As variáveis estudadas foram, faixa etária, raça/cor, situação conjugal, local de ocorrência do óbito e tipo de agressão. As variáveis escolaridade e ocupação foram excluídas, pois apresentavam 21,5% e 27,5% de incompletude no SIM.

HOMICÍDIOS DE MULHERES: CARACTERÍSTICAS E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS TAXAS DE MORTALIDADE EM PERNAMBUCO

Foram calculadas taxas médias de mortalidade: média de homicídio/média da população de mulheres a partir dos 10 anos de idade residente em Pernambuco no meio do período, multiplicado por 100.000. Foram calculadas taxas médias de homicídios de mulheres para o estado de Pernambuco para cada ano e taxas médias de mortalidade por município e por Regionais de Saúde.

As taxas de homicídios por municípios foi analisada através de mapa temático, classificadas por quartis. O mapa foi elaborado com auxílio do programa QGIS versão 2.14.17, utilizando o Sistema de Referência Geodésico SIRGAS 2000 e o Sistema de Projeção UTM. Para a análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva, empregando-se o programa R 3.4.1 for Windows.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE 91858618.9.0000.5208).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram registrados no SIM 1.162 homicídios de mulheres residentes no estado de Pernambuco. A taxa de mortalidade por homicídios passou de 5,1/100.000 mulheres em 2012 para 6,2/100.000 mulheres em 2016, representando um aumento de 21,6%. A taxa média de homicídios de mulheres foi 5,7 para o período estudado (Tabela 1).

Em 2013 a taxa de mortalidade por homicídios de mulheres em Pernambuco era mais alta que taxa apresentada pelo Brasil (4,8/100.000 mulheres). O estado ocupava a 15ª posição entre os estados brasileiros (WAISELFISZ, 2015).

HOMICÍDIOS DE MULHERES: CARACTERÍSTICAS E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS TAXAS DE MORTALIDADE EM PERNAMBUCO

O aumento dos homicídios de mulheres, refletem dados preocupantes do crescimento da violência no estado. Pesquisas recentes revelam que, nos últimos anos houve consolidação da exaustão do programa Pacto pela Vida (programa do governo pernambucano para a área da segurança), que contribuiu para a queda consistente das taxas de homicídios gerais em Pernambuco, entre 2007 e 2013. Nos últimos três anos analisados (2014 a 2016) o crescimento das mortes foi de 39,3% (CERQUEIRA et al., 2018). Também houve crescimento das taxas de homicídios entre os jovens de 15 a 29 anos de idade, em 2016 em Pernambuco, um aumento de 17,2% (CERQUEIRA et al., 2018).

Tabela 1 - Frequência e taxa de mortalidade por homicídio de mulheres (por 100 mil), Pernambuco, 2012 a 2016.

Ano	Óbitos	Taxa de mortalidade/100 mil
2012	370	5,1
2013	406	6,0
2014	389	5,7
2015	411	5,4
2016	488	6,2
Total	1.162	5,7*
Δ% 2012/2016	.	21,6

*Taxa média no período

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto ao perfil das vítimas, houve preponderância dos homicídios na faixa etária entre 20 a 29 anos (33,6%) (Tabela 2). Com média de idade de 32,6 anos, mínimo 10, máximo 97, desvio-padrão de 15,2 anos.

HOMICÍDIOS DE MULHERES: CARACTERÍSTICAS E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS TAXAS DE MORTALIDADE EM PERNAMBUCO

A faixa etária de 20 a 29 também foi encontrada em um estudo de analisou homicídios de mulheres em capitais e municípios brasileiros de grande porte populacional, esta faixa etária representou 31,8% dos casos e verifica-se resultado semelhante em outro estudo que também usou dados do SIM (GARCIA et al., 2015; MENEGHEL et al, 2017). Estudos internacionais também encontraram resultados semelhantes (TÜTÜNCÜLER et al, 2015; PETROSKY et al, 2017). Essa faixa etária também foi encontrada em estudos realizados no Brasil sobre vítimas de violência doméstica (SOUTO et al., 2014; MASCARENHAS et al., 2016).

Quase totalidade das vítimas eram pardas (84,3%), com relação a situação conjugal eram solteiras (71,7%), estas variáveis apresentam as maiores taxas de mortalidade quando comparadas as outras raça/cor (taxa de mortalidade de 23,9 para as mulheres de raça/cor parda) e de situação conjugal (taxa de 20,4 para as solteiras) (Tabela 2).

Estas características representam a maioria das vítimas também foram encontradas em um estudo descritivo realizado no Recife (SILVA, et al, 2013). Outra pesquisa revelou que, 61% homicídios foram de mulheres negras e pardas. Com elevada proporção nas regiões Nordeste (87%), Norte (83%) do país (GARCIA et al., 2013). No Brasil, as taxas de homicídio de mulheres negras, cresceram em 19,5% em um período de dez anos, passando de 4,5/100.000 mulheres no ano de 2003 para 5,4/100.000 mulheres no ano de 2013 (WASELFISZ, 2015).

Os achados demonstraram que mulheres jovens, solteiras e de raça/cor negra e parda apresentam vulnerabilidade para os agravos violentos, tanto quando se trata da capacidade de defesa quanto nas condições sociais e de vida (VIANA et al, 2014).

HOMICÍDIOS DE MULHERES: CARACTERÍSTICAS E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL
DAS TAXAS DE MORTALIDADE EM PERNAMBUCO

Tabela 2. Características dos homicídios de mulheres residentes em Pernambuco, 2012-2016.

Variáveis	n	%	TM
Idade (1.162)			
10 a 19	201	17,3	4,9
20 a 29	390	33,6	9,5
30 a 39	291	25,0	7,1
40 a 49	130	11,2	3,2
50 a 59	73	6,3	1,8
≥ 60	77	6,6	1,9
Raça/cor (1.141)			
Branca	134	11,5	3,3
Preta	26	2,2	0,6
Amarela	2	0,2	-
Parda	979	84,3	23,9
Indígena	1	0,1	-
Situação conjugal (1.015)			
Solteira	833	71,7	20,4
Casada/união estável	125	10,8	3,1
Viúva	31	2,7	0,8
Divorciada	26	2,2	0,6
Local de ocorrência do óbito (1.154)			
Hospital	251	21,6	6,1
Outros estabelecimentos de saúde	18	1,5	0,4
Domicílio	287	24,7	7,0
Via pública	475	40,9	11,6
Outros	123	10,6	3,0

**HOMICÍDIOS DE MULHERES: CARACTERÍSTICAS E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL
DAS TAXAS DE MORTALIDADE EM PERNAMBUCO**

Tipo de agressão do óbito (1.162)

Disparo de arma de fogo	658	56,6	16,1
Objeto cortante ou penetrante	309	26,6	7,6
Objeto contundente	130	11,2	3,2
Enforcamento, estrangulamento e sufocação	49	4,2	1,2
Agressão por outros meios	16	1,4	0,4

TM=Taxa de mortalidade

Fonte: Dados da pesquisa

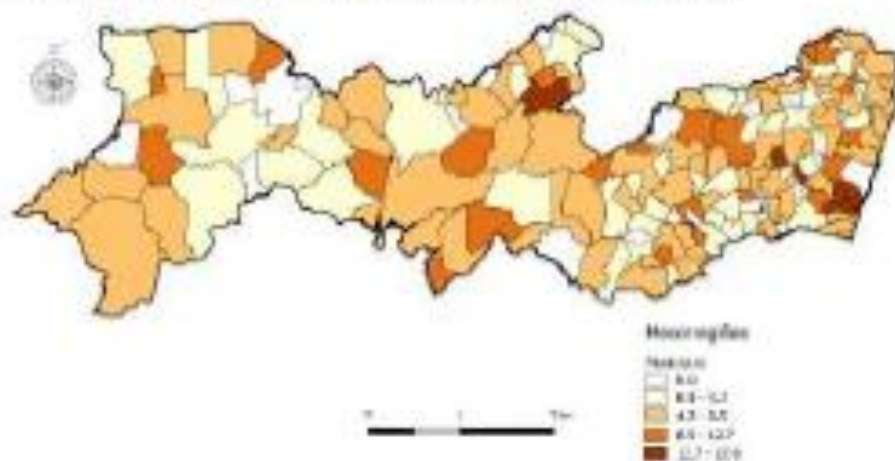
Quanto ao tipo de agressão, os mais importantes foram disparo de arma de fogo (56,6%) e objeto cortante e penetrante (26,6%), concordando com resultados encontrados um estudo sobre mortalidade de mulheres por agressões, realizado no Brasil (GARCIA; FREITAS; HOFELMANN, 2013). Apesar não ser possível medir a precisão desta informação, entende-se que o grau de premeditação do homicídio é indicado pelo meio ou pela forma com que foi perpetrada a agressão (WASELFISZ, 2015). A violência por arma de fogo é um grave problema de saúde e de segurança pública, necessitando de ações efetivas das autoridades para combatê-la (TRINDADE et al., 2015).

A maioria dos homicídios ocorreram em via pública (40,9%) (Tabela 2). A maior ocorrência neste local evidencia a intencionalidade e gravidade violência, que acontece principalmente por meio de arma de fogo, o qual dificulta que a vítima tenha a possibilidade de sobrevivência (TRINDADE et al., 2015). Os homicídios ocorridos no domicílio (24,7%) chamam atenção para a importância da violência familiar e conjugal. Embora o SIM não possua registros do agressor,

HOMICÍDIOS DE MULHERES: CARACTERÍSTICAS E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS TAXAS DE MORTALIDADE EM PERNAMBUCO diversos estudos evidenciam esta característica (MOLINER MENEGON, 2015; SOUZA et al., 2017).

Ao analisar as taxas de mortalidade de mulheres por homicídio, identifica-se seis municípios que apresentam taxas mais altas (entre 12,7 e 17,0/100.000 mulheres). São eles, Camutanga, Igaraci, Cortês, Rio Formoso, Sirinhaém e Sairé. Entre estes municípios, cinco possuem população menor que 10.000 habitantes. Verifica-se que o município Camutanga, localizado na XII Regional de Saúde, na Mesorregião Mata Meridional Pernambucana, tem a maior taxa (17,0/100.000 mulheres). O município Santa Maria da Boa Vista, localizado na IIX Regional de Saúde, na mesorregião do São Francisco apresentou a menor taxa (1,3/100.000 mulheres).

Figura 1. Distribuição das taxas de homicídios de mulheres (por 100 mil) por municípios. Pernambuco, 2012-2016.



Fonte: Dados da pesquisa

HOMICÍDIOS DE MULHERES: CARACTERÍSTICAS E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL
DAS TAXAS DE MORTALIDADE EM PERNAMBUCO

A XII Regional de Saúde, apresenta a maior taxa (7,0/100.000 mulheres). A VII Regional de Saúde identifica-se a menor taxa (2,4/100.000 mulheres) (Tabela 3). A XII Regional de Saúde é composta por dez municípios: Goiana, Aliança, Camutanga, Condado, Ferreiros, Itambé, Itaquitinga, Macaparana e Timbaúba localizados na Mesorregião Mata Meridional Pernambucana e São Vicente Ferrer, localizado no Agreste Pernambucano.

Tabela 3 – Distribuição de frequência e taxa de mortalidade por homicídio de mulheres (por 100 mil), por Regionais de Saúde. Pernambuco, 2012 a 2016

Regiões de Saúde	Número de óbitos	Taxa de Mortalidade/100 mil
I	505	5,4
II	63	4,9
III	84	6,9
IV	184	6,5
V	64	5,8
VI	57	6,8
VII	7	2,4
VIII	51	5,0
IX	40	5,7
X	17	4,5
XI	26	5,3
XII	46	7,0

Fonte: Dados da pesquisa

As maiores taxas foram encontradas em municípios que não estão localizados na Região Metropolitana. Um dois fatores que podem influenciar nestes resultados é que os serviços protetivos como delegacias de mulheres, juizados especiais e

HOMICÍDIOS DE MULHERES: CARACTERÍSTICAS E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS TAXAS DE MORTALIDADE EM PERNAMBUCO

casas abrigo, estão distribuídos de forma desigual, sendo mais presentes nas capitais e regiões metropolitanas do Brasil, algo que dificulta a efetividade destes serviços de combate a violência de maneira uniforme. Também porque é frequente nas pequenas cidades as mulheres não denunciarem a violência doméstica ou estupros, principalmente em ambientes familiares. Geralmente, isto ocorre pela ausência de serviços que garantam a proteção da vítima e pelo medo do julgamento que pode ser praticado pela sociedade local (CERQUEIRA et al., 2015; ENDLICH; FERNANDES, 2014).

Considerando que os homicídios além de ser um problema de segurança pública, é um problema de saúde, é importante conhecer os locais no estado com maiores taxas de homicídios para intensificar medidas de prevenção deste evento através da vigilância epidemiológica, assistência a saúde, entre outros serviços. Pernambuco, assim como outros estados brasileiros, apresenta significativas diferenças socioeconômicas, demográficas e culturais, e estas diferenças devem ser consideradas no planejamento das medidas de prevenção, sobretudo, nos locais com maiores taxas.

Este estudo apresenta limitações, uma vez que utilizou dados secundários de Sistemas de Informação em Saúde e pode haver subnotificações dos casos de homicídios, problemas no diagnóstico, no preenchimento das declarações de óbito e alguns homicídios podem estar codificados como causas externas de intenção indeterminada (Códigos Y10 a Y34 da CID 10).

Apresenta como contribuição o fato de permitir conhecer as características da mortalidade por homicídio em mulheres em Pernambuco, assim como a distribuição temporal e

HOMICÍDIOS DE MULHERES: CARACTERÍSTICAS E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL
DAS TAXAS DE MORTALIDADE EM PERNAMBUCO
geográfica deste evento, permitindo e com isso levantar hipóteses para sua evolução.

CONCLUSÕES

O presente estudo evidenciou aumento das taxas de mortalidade por homicídios de mulheres no período estudado. Os resultados ainda revelam as características das vítimas e das agressões. Assim como identifica os municípios e regiões com maiores taxas de mortalidade por homicídios. A maioria das vítimas eram jovens, pardas, solteiras e a agressão ocorreu em via pública e por meio de arma de fogo. O município Camutanga, apresentou a maior taxa (17,0/100.000 mulheres). O município Santa Maria da Boa Vista apresentou a menor taxa (1,3/100.000 mulheres).

Importante salientar a necessidade da ampliação e melhorias nas políticas públicas que objetivam proteção das mulheres em situação de violência no estado de Pernambuco. O fortalecimento das medidas protetivas apontadas pela legislação brasileira específica para o combate da violência de gênero, assim como, maior efetivação das medidas punitivas aos agressores podem contribuir para a redução das taxas de homicídios de mulheres.

Acredita-se que a diminuição de todas as formas de violência contra a mulher é uma questão que requer ações intersetoriais. Intensificar políticas públicas que tenham como objetivo a redução das desigualdades de gênero, podem interferir de maneira importante nas desigualdades entre homens e mulheres, e ser essencial para a prevenção da violência contra a mulher, assim como, para a redução da mortalidade de mulheres por homicídios.

HOMICÍDIOS DE MULHERES: CARACTERÍSTICAS E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS TAXAS DE MORTALIDADE EM PERNAMBUCO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARDOSO, F. L. M. G. et al. Homicídios no Rio de Janeiro, Brasil: uma análise da violência letal. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1277-1288, Abr. 2016.
- CERQUEIRA D, et al. Avaliando a efetividade da lei Maria da Penha. Brasília: Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2015.
- CERQUEIRA, D. R. C. et al. Atlas da Violência 2018. Nota Técnica Ipea. Brasília: Junho de 2018.
- FREITAS D. E, et al. Utilização de dados secundários do SIM, Sinasc e SIH na produção científica brasileira de 1990 a 2006. *Rev. Bras. Estud. Popul.* v.26, n.1, p. 7-19, 2013.
- ENDLICH, A.M. FERNANDES, P.H.C. Aumento da violência em pequenas cidades, sentimento de insegurança e controle social. *Scripta Nova. Rev. Elec. Geografía y Cien. Sociales*. v.18, n.493, p.1-20, 2014.
- GARCIA, L. P, et al. Estimativas corrigidas de feminicídios no Brasil, 2009 a 2011. *Rev. Panam. Salud Pública*, v. 37, n. 4/5, p. 251-257, 2015.
- FISHER, C. Changed and changing gender and family roles and domestic violence in African refugee background communities post-settlement in Perth, Australia. *Violence Against Women*, California, v. 19, n. 7, p. 833-847, Jul, 2013.
- GARCIA, L. R. S. F. et al. Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil. IPEA, v. 14, n.20/21, 2013.
- GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. S.; HOFELMANN, D. A. Avaliação do Impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 22, n. 3, p. 383-394, set. 2013.
- KRAHÉ, B. Violence against women. *Current Opinion In Psychology*. Amsterdam, v. 19, p. 6-10, fev, 2018.
- JEWKES, R. (How) Can We Reduce Violence Against Women by 50% over the Next 30 Years? *PLoS Med*. California, v. 11, n.11, p.100. 2014.
- KELLER, S. N.; HONEA, J. C. Navigating the gender minefield: An IPV prevention campaign sheds light on the gender gap. *Global Public Health*. v. 11, n. 1-2, p. 184-187, nov, 2015.
- LEITE, F. M. C. et al. Análise da tendência da mortalidade feminina por agressão no Brasil, estados e regiões. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2971-2978, set. 2017.
- MASCARENHAS, Márcio Denis Medeiros et al. Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil – 2014. *Rev. Saúde em Foco*, v. 1, n. 1, jun. 2016.

- HOMICÍDIOS DE MULHERES: CARACTERÍSTICAS E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS TAXAS DE MORTALIDADE EM PERNAMBUCO
- MENEGHEL, S. N.; PORTELLA, A. P. Femicídios: conceitos, tipos e cenários. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 3077-3086, set. 2017.
- MENEGHEL, S. N. et al. Femicides: a study in Brazilian state capital cities and large municipalities. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2963-2970, set. 2017.
- MICHAU, L. et al. Prevention of violence against women and girls: lessons from practice. *The Lancet*, Londres, v. 385, n. 9978, p.1672-1684, abr. 2015.
- MOLINER MENEGON, M. L.S., et al. Homicídio resultante de violência contra a mulher: uma revisão Integrativa. *Rev. Uruguaya Enfer.* Vol. 10, n. 2, 2015.
- MONTESANTI, S.R.; THURSTON, W.E. Mapping the role of structural and Interpersonal violence in the lives of women: implications for public health Interventions and policy. *BMC Health Womens*, Londres, v. 11, n. 15, p. 1-13, nov. 2015.
- OLIVEIRA, R. N. G.; FONSECA R. M. G. S. Violence as a research object and Intervention in the health field: an analysis from the production of the Research Group on Gender, Health and Nursing. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 48, n. esp, p. 31-38, dez. 2014.
- PARKER, E. M.; et al. Intimate Partner Violence and Patterns of Safety Strategy Use Among Women Seeking Temporary Protective Orders. *Violence Against Women*, California, p.1-19 mai. 2016.
- PASINATO, W. Acesso à justiça e violência doméstica e familiar contra as mulheres: as percepções dos operadores jurídicos e os limites para a aplicação da Lei Maria da Penha. *Rev. direito GV*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 407-428, dez. 2015.
- PEREIRA, A.R.; VIEIRA, D.N.; MAGALHÃES, T. Fatal Intimate partner violence against women in Portugal: A forensic medical national study. *J. Forensic Legal Medic.*, Amsterdam, v. 20, n. 8, p.1099-1107, nov. 2013.
- PETROSKY, E. et al. Racial and Ethnic Differences in Homicides of Adult Women and the Role of Intimate Partner Violence — United States, 2003–2014. *Morb. Mortal. Wkly. Rep.*, Georgia, v. 66 n. 28, p.741-746, jul. 2017.
- QUINTANILLA, B. P. A. et al. An examination of femicides in Peru between 2009 and 2014. *J. Gynecol. Obstet.*, Nova York, v.3, n.1, 1-2, mai. 2016.
- RODRIGUES, M. et al. Análise espacial da mortalidade infantil e adequação das informações vitais: uma proposta para definição de áreas prioritárias. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2047-2054, jul. 2014.
- SANTOS, S. A. et al. Tentativas e suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro, Brasil: análise das informações através do linkage probabilístico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 1057-1066, mai. 2014.

HOMICÍDIOS DE MULHERES: CARACTERÍSTICAS E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL
DAS TAXAS DE MORTALIDADE EM PERNAMBUCO

- SHEEHAN, B. E. et al. Intimate Partner Homicide. New Insights for Understanding Lethality and Risks. *Violence Against Women*, California, v. 21, n. 2, p. 269-288, fev, 2015.
- SILVA, M. C. M., et al.. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*. v. 22, n.3, p. 403-12, 2013.
- SILVA, L. P. et al. Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos e do Sistema de Informações sobre Mortalidade no período neonatal, Espírito Santo, Brasil, de 2007 a 2009. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2011-2020, jul, 2014.
- SILVA, M. A. et al . Mulheres vítimas de homicídio em Recife, Pernambuco, Brasil, 2009/2010: um estudo descritivo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 29, n. 2, p. 391-396, Fev. 2013.
- SILVA, R. M.; CARDOSO, F. S. Violência doméstica: um estudo sobre a situação psicossocial de mulheres atendidas numa delegacia de polícia, em Minas Gerais. *Rev. Pretextos*, Minas Gerais, v. 2, n. 3, p. 307- 325, jan, 2017.
- SOUTO, R. M. C. V. et al. Perfil epidemiológico do atendimento por violência nos serviços públicos de urgência e emergência em capitais brasileiras, Viva 2014. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 22, n. 9, p. 2811-2823, 2017.
- SOUZA, E. R. et al. Homicides among women in the different Brazilian regions in the last 35 years: an analysis of age-period-birth cohort effects. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2949-2962, set, 2017.
- TERRANOVA, C; ZEN, M. Women victims of Intentional homicide in Italy: New insights comparing Italian trends to German and U.S. trends, 2008-2014. *J Forensic Leg Med*. Amsterdam, v. 53 p. 73-78, jan, 2018.
- TRINDADE, R. et al. Mapa dos homicídios por arma de fogo: perfil das vítimas e das agressões . *Rev. Esc. De Enfer. USP*, v.49, n.5, p.748-755, 2015.
- TÜTÜNCÜLER, A. et al. Evaluation of Femicide Cases Committed Between the Years 1996–2005 in Antalya. *OMEGA*, v.71, n.2, p. 198–210, 2015.
- UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime, Global Study on Homicide 2013, 2014.
- VIANA, A.J.B. et al Violência Contra A Saúde Das Mulheres Negras: Acaso Ou Prática Social? *TEMA-Rev. Eletrônica de Ciências*. v. 14,n.20, p.20-21, 2014.
- WASELFISZ, J.J. Mapa da Violência 2015: homicídios de mulheres no Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, 2015.
- WILSON, T. D. Violence against Women in Latin America. *Latin American Perspectives*, California, v. 41, n. 1, p. 3-18, jan, 2014.

ANEXO A – DECLARAÇÃO DE ÓBITO

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Óbito	
I	Cartório	1 Cartório	2 Registro
		3 Data	
II	Identificação	4 Município	5 UF
		6 Cemitério	
III	Residência	7 Tipo de Óbito 1 ☐ Fetal 2 ☐ Não Fetal	8 Óbito Data Hora
		9 Cartão SUS	10 Naturalidade
IV	Ocorrência	11 Nome do falecido	12 Nome do pai
		13 Nome da mãe	
V	Fetal ou menor que 1 ano	14 Data de Nascimento	15 Idade Anos completos Meses Dias Horas Minutos Ignorado
		16 Sexo 1 ☐ M - Masc. 2 ☐ F - Fem. 3 ☐ I - Ignorado.	17 Raça/cor 1 ☐ Branca 2 ☐ Preta 3 ☐ Amarela 4 ☐ Parda 5 ☐ Indígena
VI	Condições e causas do óbito	18 Estado civil 1 ☐ Solteiro 2 ☐ Casado 3 ☐ Viúvo 4 ☐ Separado judicialmente/Divorçado 5 ☐ Ignorado	19 Escolaridade (Em anos de estudos concluídos) 1 ☐ Nenhuma 2 ☐ De 1 a 3 3 ☐ De 4 a 7 4 ☐ De 8 a 11 5 ☐ 12 e mais 6 ☐ Ignorado
		20 Ocupação habitual e ramo de atividade (se aposentado, colocar a ocupação habitual anterior)	Código
VII	Médico	21 Logradouro (Rua, praça, avenida etc.)	22 CEP
		23 Bairro/Distrito	24 Município de residência
VIII	Causas externas	25 UF	26 Local de ocorrência do óbito 1 ☐ Hospital 2 ☐ Outros estab. saúde 3 ☐ Domicílio 4 ☐ Via pública 5 ☐ Outros 6 ☐ Ignorado
		27 Estabelecimento	Código
IX	Localidade	28 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc.)	29 CEP
		30 Bairro/Distrito	31 Município de ocorrência
X	Localidade	32 UF	33 Idade
		34 Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) 1 ☐ Nenhuma 2 ☐ De 1 a 3 3 ☐ De 4 a 7 4 ☐ De 8 a 11 5 ☐ 12 e mais 6 ☐ Ignorado	35 Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe
XI	Médico	36 Número de filhos tidos (Obs: Utilizar 99 para ignorados) Nascidos vivos Nascidos mortos	37 Duração da gestação (Em semanas) 1 ☐ Menos de 22 2 ☐ De 22 a 27 3 ☐ De 28 a 31 4 ☐ De 32 a 36 5 ☐ De 37 a 41 6 ☐ 42 e mais 7 ☐ Ignorado
		38 Tipo de Gravidez 1 ☐ Única 2 ☐ Dupla 3 ☐ Tripla e mais 4 ☐ Ignorado	39 Tipo de parto 1 ☐ Vaginal 2 ☐ Cesáreo 3 ☐ Ignorado
XII	Médico	40 Morte em relação ao parto 1 ☐ Antes 2 ☐ Durante 3 ☐ Depois 4 ☐ Ignorado	41 Peso ao nascer
		42 Num. da Declar. de Nascidos Vivos	43 A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ Ignorado
XIII	Médico	44 A morte ocorreu durante o puerpério? 1 ☐ Sim, até 42 dias 2 ☐ Sim de 43 dias a 1 ano 3 ☐ Não 4 ☐ Ignorado	45 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ Ignorado
		46 Exame complementar? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ Ignorado	47 Cirurgia? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ Ignorado
XIV	Médico	48 Necropsia? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ Ignorado	49 CAUSAS DA MORTE PARTE I
		50 Nome do médico	51 CRM
XV	Médico	52 O médico que assina atendeu ao falecido? 1 ☐ Sim 2 ☐ Substituto 3 ☐ IML 4 ☐ SVO 5 ☐ Outros	53 Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.)
		54 Data do atestado	55 Assinatura
XVI	Médico	56 Tipo 1 ☐ Acidente 2 ☐ Suicídio 3 ☐ Homicídio 4 ☐ Outros 5 ☐ Ignorado	57 Acidente do trabalho 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ Ignorado
		58 Fonte da informação 1 ☐ Boletim de Ocorrência 2 ☐ Hospital 3 ☐ Família 4 ☐ Outra 5 ☐ Ignorada	59 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência
XVII	Médico	60 SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO Logradouro (Rua, praça, avenida, etc.)	Código
		61 Declarante	62 Testemunhas

ANEXO B – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

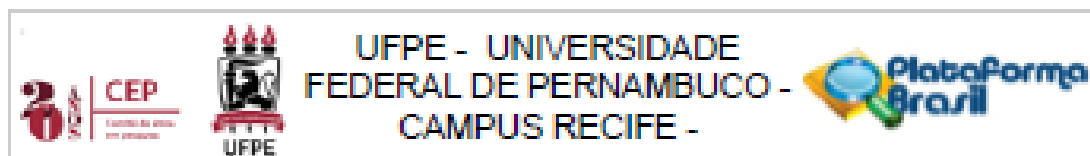
Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da notificação	
	2 Agravado/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10) Y09	
	4 UF	5 Município de notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade Notificadora ☐ 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros			
Notificação Individual	7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	
	8 Unidade de Saúde		Código (CNES)	
	10 Nome do paciente		11 Data de ocorrência da violência	
	12 (ou) Idade ☐ 1- Hora ☐ 2- Dia ☐ 3- Mês ☐ 4- Ano		13 Sexo ☐ M - Masculino ☐ F - Feminino ☐ I - Ignorado	
	14 Gestante ☐ 1-1º Trimestre ☐ 2-2º Trimestre ☐ 3-3º Trimestre ☐ 4- Idade gestacional ignorada ☐ 5- Não ☐ 6- Não se aplica ☐ 9- Ignorado		15 Raça/Cor ☐ 1-Branca ☐ 2-Preta ☐ 3-Amarela ☐ 4-Parda ☐ 5-Indígena ☐ 9- Ignorado	
	16 Escolaridade ☐ 0-Analfabeto ☐ 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) ☐ 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) ☐ 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) ☐ 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) ☐ 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) ☐ 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) ☐ 7-Educação superior incompleta ☐ 8-Educação superior completa ☐ 9-Ignorado ☐ 10- Não se aplica			
	17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe	
	19 UF		20 Município de Residência	
	21 Distrito		Código (IBGE)	
	Dados de Residência	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)
24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)		
26 Geo campo 1		27 Geo campo 2		
28 Ponto de Referência		29 CEP		
30 (DDD) Telefone		31 Zona ☐ 1 - Urbana ☐ 2 - Rural ☐ 3 - Periurbana ☐ 9 - Ignorado		
32 País (se residente fora do Brasil)				
Dados Complementares				
33 Nome Social		34 Ocupação		
Dados da Pessoa Atendida	35 Situação conjugal / Estado civil ☐ 1 - Solteiro ☐ 2 - Casado/união consensual ☐ 3 - Viúvo ☐ 4 - Separado ☐ 8 - Não se aplica ☐ 9 - Ignorado			
	36 Orientação Sexual ☐ 1-Heterossexual ☐ 2-Homossexual (gay/lésbica) ☐ 3-Bissexual ☐ 8-Não se aplica ☐ 9-Ignorado		37 Identidade de gênero: ☐ 3-Homem Transexual ☐ 8-Não se aplica ☐ 9-Ignorado ☐ 1-Travesti ☐ 2-Mulher Transexual	
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? ☐ 1- Sim ☐ 2- Não ☐ 9- Ignorado			
	39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? ☐ 1- Sim ☐ 2- Não ☐ 8-Não se aplica ☐ 9- Ignorado ☐ Deficiência Física ☐ Deficiência visual ☐ Transtorno mental ☐ Outras ☐ Deficiência Intelectual ☐ Deficiência auditiva ☐ Transtorno de comportamento			
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência	
	42 Distrito		Código (IBGE)	
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)	
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)	
	47 Geo campo 3		48 Geo campo 4	
	49 Ponto de Referência		50 Zona ☐ 1 - Urbana ☐ 2 - Rural ☐ 3 - Periurbana ☐ 9 - Ignorado	
	51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		52 Local de ocorrência ☐ 01 - Residência ☐ 04 - Local de prática esportiva ☐ 07 - Comércio/serviços ☐ 02 - Habitação coletiva ☐ 05 - Bar ou similar ☐ 08 - Indústrias/construção ☐ 03 - Escola ☐ 06 - Via pública ☐ 09 - Outro ☐ 99 - Ignorado	
	53 Ocorreu outras vezes? ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ 9 - Ignorado			
	54 A lesão foi autoprovocada? ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ 9 - Ignorado			

SVS 15.06.2015

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Física ☐ Tráfico de seres humanos ☐ Psicológica/Moral ☐ Financeira/Econômica ☐ Intervenção legal ☐ Tortura ☐ Negligência/Abandono ☐ Outros ☐ Sexual ☐ Trabalho infantil		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Força corporal/espandimento ☐ Obj. perfuro-cortante ☐ Arma de fogo ☐ Enforcamento ☐ Substância/Obj. quente ☐ Ameaça ☐ Obj. contundente ☐ Envenenamento ☐ Outro ☐ Intoxicação		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado ☐ Assédio sexual ☐ Estupro ☐ Pornografia infantil ☐ Exploração sexual ☐ Outros		
Dados do provável autor da violência	59 Procedimento realizado 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado ☐ Profilaxia DST ☐ Profilaxia Hepatite B ☐ Coleta de sêmen ☐ Contracepção de emergência ☐ Profilaxia HIV ☐ Coleta de sangue ☐ Coleta de secreção vaginal ☐ Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 1 - Um ☐ 2 - Dois ou mais ☐ 9 - Ignorado ☐		
Encaminhamento	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Pai ☐ Ex-Cônjuge ☐ Amigos/conhecidos ☐ Policial/agente da lei ☐ Mãe ☐ Namorado(a) ☐ Desconhecido(a) ☐ Própria pessoa ☐ Padrasto ☐ Ex-Namorado(a) ☐ Cuidador(a) ☐ Outros ☐ Madrasta ☐ Filho(a) ☐ Patrão/chefe ☐ Pessoa com relação institucional ☐ Cônjuge ☐ Mãe(ã)		
	62 Sexo do provável autor da violência 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 1 - Masculino ☐ 2 - Feminino ☐ 3 - Ambos os sexos ☐ 9 - Ignorado ☐		
Dados finais	63 Suspeita de uso de álcool 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 1-Sim ☐ 2-Não ☐ 9-Ignorado ☐		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Informações complementares e observações	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) ☐ Conselho do Idoso ☐ Delegacia de Atendimento à Mulher ☐ Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) ☐ Delegacia de Atendimento ao Idoso ☐ Outras delegacias ☐ Rede da Educação (Creche, escola, outras) ☐ Centro de Referência dos Direitos Humanos ☐ Justiça da Infância e da Juventude ☐ Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) ☐ Ministério Público ☐ Defensoria Pública ☐ Conselho Tutelar ☐ Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	66 Violência Relacionada ao Trabalho 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☐ 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado ☐ 68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX		
Notificador	69 Data de encerramento		
	Informações complementares e observações Nome do acompanhante: _____ Vínculo/grau de parentesco: _____ (DDD) Telefone: _____ Observações Adicionais: _____ _____ _____ _____		
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136 TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180 Disque Direitos Humanos 100			
Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde/CNES		
	Nome	Função	Assinatura
Violência interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 15.06.2015			

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: HOMICÍDIOS E VIOLÊNCIA PRÉVIA CONTRA MULHER:
LINKAGE DE BASES DE DADOS DA SAÚDE

Pesquisador: SHEYLA CARVALHO DE BARROS

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 91858618.9.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.986.711

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação de SHEYLA CARVALHO DE BARROS, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. Tem como orientadoras Profa^{Dr} Cristine Vieira do Bonfim e Profa^{Dr} Conceição Maria de Oliveira. Currículos anexados.

Objetivo da Pesquisa:

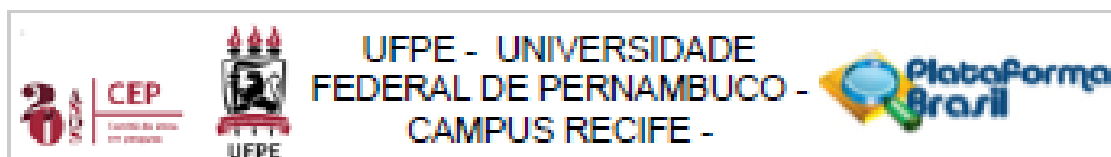
Objetivo geral: descrever os homicídios de mulheres com registros prévios de violência a partir do relacionamento de bases de dados da saúde, em Pernambuco, no período de 2012 a 2016.

Objetivos específicos: 1) Descrever a violência prévia segundo as características da vítima e da violência registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação; 2) Caracterizar os óbitos por agressão em mulheres com registros prévios de violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificação; 3) Comparar as taxas de mortalidade por agressão em vítimas com e sem registros prévios de violência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: Prevista utilização de dados secundários oriundos de sistemas de informação em saúde da Secretaria de Saúde de Pernambuco, o risco é de extravio e perda das informações. Prevista

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-6888 E-mail: cepce@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.600.711

medida de armazenamento em formato digital, com acesso apenas com senha, pelo período de cinco anos.

BENEFÍCIOS: Não há beneficiários diretos, mas uma ampliação dos conhecimentos sobre violência contra mulheres e auxiliar na vigilância em saúde e no planejamento de ações de enfrentamento da violência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo do tipo transversal, com abordagem quantitativa, centrado em análise de registros. A população do estudo será constituída por registros de mulheres a partir dos 10 anos de idade, residentes no Estado de Pernambuco, codificados no SIM como homicídios (codificados como causa de morte pela CID-10, Capítulo XX, Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade, grupo de agressões (códigos X85 a Y09)), entre 1 de janeiro de 2012 e 31 de dezembro de 2016. No que diz respeito aos critérios de inclusão, item causas de morte, optou a pesquisadora por também realizar o linkage com os óbitos classificados na CID-10 no Capítulo XX Eventos (fatos) cuja a intenção é indeterminada (Códigos Y10 a Y34), visando refinar os dados da pesquisa e contribuir para a melhoria da qualidade de informação do SIM no Estado. Os dados dos óbitos por agressão em mulheres serão extraídos do SIM, cujo instrumento de coleta de dados é a DO (Anexo 1), que é dividida em nove blocos: I- Identificação, II- Residência, III- Ocorrência, IV- Fetal ou menor que 1 ano, V- Condições e causas do óbito, VI- Médico, VII- Causas Externas, VIII Cartório e IX- Local sem médico, totalizando 59 variáveis, sendo cinco delas específicas para causas externas (variáveis 48 a 52).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

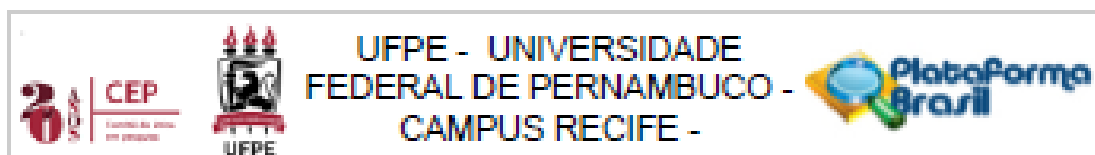
Todos apresentados de modo adequado.

- 1) TCLE: não necessário.
- 2) Folha de rosto: com assinatura do pesquisador responsável, assinatura e carimbo do responsável pela instituição onde será realizada a pesquisa.
- 3) Carta de Anuência: anexada.
- 4) Cronograma: apresentado;
- 5) Orçamento: apresentado

Recomendações:

Não há

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8888 E-mail: cepcos@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.900.711

RECIFE, 29 de Outubro de 2018

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
 (Coordenador(a))

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81) 2126-6588 E-mail: cepocs@ufpe.br

ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA



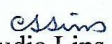
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE
GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Recife, 14 de novembro de 2018

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente da realização da pesquisa: **Homicídios e Violência Prévia Contra Mulher: Linkage de Bases de Dados da Saúde, emenda do projeto aprovada conforme parecer nº 2.986.711 CAAE: 91858618.9.0000.5208** da pesquisadora: **Sheyla Carvalho de Barros** nas Unidades de Saúde sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde/PE, e afirmo que o desenvolvimento deste projeto está condicionado à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Sendo assim autorizo sua execução, desde que a mesma cumpra com os requisitos da Res. CNS 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de pesquisa.


Claudia Lins
Gerente de Desenvolvimento Profissional

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Maria Claudia F. Souza Lin.
Gerente de Desenvolvimento Profissional
Matrícula nº 228.937-7

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519 – Bongí – Recife – PE
CEP: 50.751-530 - Fone: 3184-0031/ 3184-0032/ 3184-0033

ANEXO E - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA ONLINE BRAZILIAN JOURNAL OF NURSING



Normas de submissão

1. Todo e qualquer trabalho deverá ser submetido única e exclusivamente através do site da revista.
2. Os artigos deverão ser submetidos nos idiomas INGLÊS, ESPANHOL ou PORTUGUÊS, respeitando o idioma pátrio do primeiro autor. Ou seja, caso este seja brasileiro, o trabalho deverá ser submetido em português.
3. No processo de submissão, no passo 3 (Metadados da submissão - Indexação) deverão ser preenchidos somente: prenome, nome do meio, sobrenome, email (de todos os autores), título e resumo do trabalho.
4. Nos trabalhos realizados no Brasil, que envolverem seres humanos, no método, deverá constar o nome do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), data e número do parecer de aprovação pelo comitê, bem como deverá ser anexado como documento suplementar o parecer consubstanciado do CEP e/ou CONEP comprovando aprovação do projeto, em conformidade com o item XII. 2 da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
5. Em pesquisa clínica, além do nome e número de aprovação no Comitê de Ética de Pesquisa, o autor deverá indicar o número da pesquisa no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos ou órgão equivalente em pesquisas realizadas fora do território nacional.
6. Pesquisas que envolvam animais devem seguir rigorosa atenção a Diretriz Brasileira para o Cuidado e a Utilização de Animais para fins Científicos e Didáticos (DBCA), regulamentado pela Resolução Normativa 12, 20 de Setembro de 2013, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação.
7. Em resumos de tese ou dissertações, é obrigatório atender ao disposto nos itens 3, 4 e 5 desta norma, acrescidos dos nomes dos componentes da banca, data da defesa e referência original que devem constar em arquivo anexo, em formato .DOC, em fonte Verdana, tamanho 10.
8. Deverá ser enviado como documento suplementar, o Documento Único de Declarações de Ética (DUDE) devidamente preenchido e assinado digitalmente (tutorial disponível neste link: http://www.objnursing.uff.br/normas/Tutorial_Como_assinarPDF_OBJN_09-12-2013.pdf) por todos os autores na submissão de todo e qualquer trabalho.

9. Para melhor visualização de como se procedeu ao arrolamento das unidades amostrais, é altamente encorajada a utilização de fluxogramas, para quaisquer tipos de pesquisas.

10. Na seção de referências, quando utilizado material que possua versão em mais de um idioma, deverá ser referenciado aquele publicado em inglês.

11. Ao submeter o manuscrito, o(s) autor(es) atribui(em) ao OBJN licença de uso não comercial – não a obras derivadas (Creative commons BY-NC-ND 2.0 <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/>).

12. Quando o processo de submissão for realizado de maneira adequada, ao final, o autor deverá confirmar o pagamento no sistema dentro do seu perfil para validar a submissão.

Caso haja dúvidas, por favor, entre em contato através do e-mail: bibliotecaobjn@enf.uff.br.

Normas de formatação

DO ARQUIVO:

Formatos aceitos: .DOC e .DOCX DA CONFIGURAÇÃO DA PÁGINA:

1. A página deve estar orientada em Retrato;
2. Todas as margens de 2,5 cm;
3. As páginas não devem ser numeradas;
4. Não deve conter notas de rodapé

DO TÍTULO:

1. Formatação:
 - Fonte Verdana
 - Tamanho 12
 - No idioma em que foi escrito o artigo submetido
 - Letra maiúscula somente na primeira palavra, salvo quando houver substantivos próprios
 - Em negrito, justificado, e com espaçamento DUPLO entrelinhas;
2. É vedado o uso de siglas, salvo para siglas internacionais;
3. Deve conter o DESENHO DE PESQUISA (MÉTODO) utilizado. Preferencialmente no final, precedido de dois pontos (:).
4. O título e/ou objetivo não deve conter local de realização da pesquisa, salvo em se tratando de capitais, macrorregiões ou país;
5. QUALITATIVO ou QUANTITATIVO não são considerados métodos pela revista.
6. Deve conter até 12 palavras, incluindo o método. Preposições e artigos são considerados na contagem.

DA AUTORIA:

1. São permitidos até 6 (seis) autores por trabalho submetido.
2. No arquivo contendo o artigo a ser submetido não deve constar autoria ou afiliação dos autores.

DO RESUMO:

1. Formatação:

- Fonte Verdana
- Tamanho 10
- Espaçamento simples
- Justificado
- Conter obrigatoriamente as seções: objetivo(s), método, resultado, discussão, conclusão, e descritores, em negrito, no corpo do resumo.
- Deve conter entre 120 e 150 palavras

2. As seções INTRODUÇÃO e CONSIDERAÇÕES FINAIS são opcionais.

DOS DESCRITORES:

1. Formatação:

- Fonte Verdana
- Tamanho 10
- Grafia idêntica àquela apresentada no DECs
- Separados por ponta e vírgula

2. Os descritores devem seguir um ordenamento de importância no que se refere à caracterização do manuscrito e constar na lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCs). Disponível em: <http://decs.bvs.br/>

DAS SEÇÕES:

1. Formatação:

- Fonte Verdana
 - Tamanho 10
 - Em negrito
 - Todas as letras maiúsculas
2. As seções RESULTADOS e DISCUSSÃO são obrigatórias
 3. Adotar o termo MÉTODO em detrimento a metodologia.
 4. Usar o termo CONCLUSÃO em detrimento a considerações finais.
 5. Deve haver espaçamento de duas linhas entre as seções.

DO CONTEÚDO DAS SEÇÕES:

1. Formatação:

- Fonte Verdana

- Tamanho 10
 - Sem recuo de parágrafo
2. Os limites de palavras para cada tipo trabalho:
 - Resumos de tese e dissertações; Notas prévias (1000)
 - Resultados preliminares; Notas de pesquisa; Brief Communications (2000)
 - Artigos originais e demais seções (5000)
 3. O número de palavras é contabilizado desde o título à última referência.
 4. Citações de dados empíricos, como entrevistas, devem ser formatadas da seguinte maneira:
 - Em bloco próprio, distinto do texto normal, seguindo ordem lógica dentro do conteúdo
 - Em itálico
 - Sem aspas
 - Espaçamento simples
 - Recuo de 4 cm da margem esquerda.
 5. A data da coleta dos dados deverá constar no fim de cada bloco, e limitada em até 3 anos antes da data de submissão.

DAS ILUSTRAÇÕES:

1. Considera-se ilustração todo tipo de representação visual não textual. Exemplos: fotografia, gráfico, esquema, fluxograma, tabela.
2. Cada trabalho submetido está limitado a um total de 6 (seis) ilustrações.
3. As ilustrações devem ser incluídas no texto da seguinte forma:
 - Numeradas em arábico, de acordo com a ordem de aparição no trabalho
 - A legenda deverá conter: título, ano, local, e deve ser escrita em fonte Verdana, tamanho 9, com espaçamento duplo.
4. As ilustrações deverão se limitar a 16 centímetros de largura e imagem, possuir resolução mínima de 300 dpi, e remetidas em formato TIF (Tagged Image File Format).
5. Quando houver combinação de gráfico e imagem na mesma ilustração, a resolução deve ser de no mínimo 500 dpi, e o formato deverá ser TIF ou EPS (Encapsulated Post Script).
6. Figuras devem conter título e fonte, devem ser mencionadas no decorrer do texto, e devem também obrigatoriamente ser enviadas como documento suplementar em formato EDITÁVEL, como Excel®, Powerpoint®.
7. Tutorial para carregamento de documento suplementar pode auxiliar em caso de dificuldades.

DOS TÓPICOS

1. Quando o conteúdo incluir listagens em tópicos, cada item deve ser incluído no texto desta forma:

- Precedido de hífen, em caso de texto
- Em caso de enumeração, usar somente algarismos arábicos seguido de ponto
- Fonte Verdana
- Tamanho 10
- Em Itálico
- Espaçamento 1,5
- Alinhado ao conteúdo do texto

REFERÊNCIAS

1. Nas citações no corpo do texto, o número da referência deverá estar sobrescrito, entre parênteses, após a citação e sucedido de ponto. Exemplo: O tratamento da insuficiência cardíaca (IC) consiste na otimização de fármacos com impacto comprovado em morbidade e mortalidade(1).

2. Adotar no mínimo 5 (cinco) referências de artigos publicados em inglês nos últimos 5 (cinco) anos.

3. Artigos publicados em mais de um idioma devem ser referenciados segundo a versão em inglês.

4. Todas as referências, salvo artigos históricos ou excepcionalmente autorizados, deverão ter até 5 (cinco) anos de publicação.

5. As referências deverão ser formatadas da seguinte maneira:

- Numeradas na ordem sequencial de aparecimento no corpo do texto
- De acordo com os Requisitos Uniformes de Vancouver
- Fonte Verdana
- Tamanho 10
- Justificada
- Espaçamento simples
- Espaçamento ANTES e DEPOIS = 2 pt.

6. Limite de REFERÊNCIAS por tipo de seção:

TIPO DE SEÇÃO REFERÊNCIAS

Notas prévias - 3

Resumos de tese e dissertações - 5

Artigos de revisão e bibliométricos- 20

Artigos originais e demais seções 20

7. No corpo do artigo TODAS as referências devem ser apresentadas sequencialmente.

8. Na seção de REFERÊNCIAS, apresentar TODAS as referências em LISTA ÚNICA, obedecendo a seguinte ordem: 1º As referências relacionadas ao artigo (Não resultantes do processo de revisão) *Devem atender às normas de publicações em geral (limitadas ao número de 20, até cinco anos de publicação, minimamente cinco internacionais); 2º Referências resultantes do processo de revisão (sem limite de data ou quantidade) *Deve-se escrever o termo “[incluída na revisão]”, entre colchetes.

Exemplo: a) Referência relacionadas ao artigo: Magnago C, Pierantoni C, França T, Garcia A, Ney M, Matsumoto K. The influence of family health strategy on health indicators in the municipalities of Rio de Janeiro, Brazil. Online Braz J Nurs (Online) [internet]. 2011 May 3 [Cited 2013 Apr 5] 10(1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3211>.

b) Referência incluída na revisão: Lima D. Design of research: a contribution for authors. Online Braz J Nurs (Online) [internet]. 2011 Oct 17 [Cited 2013 Apr 24] 10(2):. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3648>. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20113648> [included in the review]

9. Trabalhos de revisão deverão ser confeccionados na maior conformidade possível com o preconizado em: Moher D, Cook DJ, Eastwood S, Olkin I, Rennie D, Stroup DF. Improving the quality of reports of meta-analyses of randomised controlled trials: the QUOROM statement. Lancet 1999; Nov 27;354(9193):1896-900.

10. Deve-se utilizar os termos de formatação de referências das normas de Vancouver em inglês.

Terça-feira, 12 de julho de 2016

ANEXO F – ACEITE PARA PUBLICAÇÃO DA REVISTA ONLINE BRAZILIAN JOURNAL OF NURSING



OBJN
Brazilian Journal of Nursing

CHECKLIST A1 NOTAS PRÉVIAS (PRÉ-ANÁLISE)
22 December, 2018
Atribuição: Bibliotecário

ITENS OBRIGATÓRIOS		PTS	SCORE
(atribuir 0 para NÃO; 1 para SIM; 2 para NÃO APLICÁVEL)			
1	Há nas Referências pelo menos 1 (um) artigo publicado em inglês nos últimos 5 (cinco) anos?	1	1.0000
2	O Documento Único de Declarações de Ética (DUDE) está devidamente preenchido?	1	1.0000
3	Apresenta com CLAREZA os critérios de inclusão E exclusão?	1	1.0000
4	Os dados foram coletados nos últimos 3 (três) anos?	1	1.0000
5	Todas as citações constam na seção de Referências e em ordem de aparição no texto ?	1	1.0000
6	As Referências foram formatadas segundo os Requisitos Uniformes de Vancouver?	1	1.0000
7	O parecer consubstanciado da pesquisa APROVADO pelo CEP digitalizado foi enviado como documento suplementar? (se não aplicável lançar "2")	1	1.0000
SUBTOTAL DE ITENS OBRIGATÓRIOS			7.0000
ITENS RECOMENDADOS		PTS	SCORE
(atribuir 0 para NÃO; 1 para SIM; 2 para NÃO APLICÁVEL)			
8	Apresenta a maneira pela qual será dimensionada a amostra?	1	0.2500
9	O DUDE possui assinatura digital de todos os autores?	1	0.2500
10	Em caso de fonte bibliográfica com até 6 (seis) autores, foram citados os nomes da autoria? (se não aplicável lançar "2")	1	0.2500
11	Nas referências de fontes da internet constam a data de acesso e o link original completo do material? (se não aplicável lançar "2")	1	0.2500
12	Em caso de fonte bibliográfica com pelo menos 6 (seis) autores, foram citados os nomes dos primeiros 6 (seis) nomes seguidos do termo "et al"? (se não aplicável lançar "2")	1	0.2500
13	Os títulos dos periódicos estão abreviados nas referências?	1	0.2500
14	Os termos indicativos de data de acesso, endereço de página na internet, fonte do material estão em inglês nas referências bibliográficas? (se não aplicável lançar "2")	1	0.2500
15	O tipo de artigo indicado na submissão está entre os aceitos pelo OBJN?	1	0.2500
SUBTOTAL DE ITENS RECOMENDADOS			2.0000
ITENS SUGERIDOS		PTS	SCORE
(atribuir 0 para NÃO; 1 para SIM)			
16	O título possui até 12 palavras e apresenta o método adotado (o OBJN não entende os termos quantitativo ou qualitativo como método, mas como abordagem)?	1	0.1667
17	O título do artigo é o mesmo que consta no DUDE?	1	0.1667
18	O formato dos arquivos submetidos estão de acordo com o solicitado nas normas de formatação?	1	0.1667
19	O resumo possui entre 120 e 150 palavras e estruturado em: objetivo, método, resultados e conclusão?	1	0.1667
20	Apresenta de três a seis termos controlados com base no MeSH (Medical Subject Headings) que, no Brasil, pode ser consultado em DeCs (Descritores em Ciências da Saúde)?	1	0.1667
21	O material submetido encontra-se completamente cegado?	1	0.1667
SUBTOTAL DE ITENS SUGERIDOS			1.0000
SCORE			10.00
0,0 a 7,0 = rejeitar			
7,1 a 8,9 = aceitar mediante a correção pelo autor em 7 dias após a notificação			
≥ 9,0 = aceitar com eventuais ajustes que não determinarão atraso no processo			
DECISÃO DO BIBLIOTECÁRIO			
Aceitar mediante correção pelo autor em 7 dias após notificação			

ANEXO G- NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA



ISSN 1413-8123 *versão impressa*

ISSN 1678-4561 *versão online*

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

Especificamente em relação aos artigos qualitativos, deve-se observar no texto – de forma explícita – interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica inserida no diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997; 14:159-174

O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia

autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4.Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5.As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975,1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

1.Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

2.Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

3.O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative>

Autoria

1.As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2.O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Nomenclaturas

1.Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1.O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2.O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada), salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3.Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4.As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excell e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5.Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6.Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso "copiar/colar". Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7.Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1.Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2.Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3.O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1.As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

2.Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3.As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos(http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4.Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>).

5.O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1.Artigo padrão (incluir todos os autores sem utilizar a expressão et al.)

Pelegriini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. Cien Saude Colet 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. Cien Saude Colet 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. Cad Saude Publica 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. Lancet 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. Violência, cultura e poder. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001 [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*.

In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. Arq Bras Oftalmol. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. Arq Bras Oftalmol [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo

será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.

ANEXO H - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM



Política editorial

O objetivo da Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) é contribuir para o avanço do conhecimento científico e da prática profissional em Enfermagem e outras áreas da saúde por meio da publicação de artigos de alto mérito científico. Contém artigos inéditos em inglês, português e espanhol, nas categorias Artigo Original, Revisão Sistemática e Cartas ao Editor. Adota o sistema de passe rolante. Os números especiais são publicados a critério do Conselho de Editores. A revisão por pares é o processo de avaliação adotado, com o anonimato dos autores e revisores preservado.

A revista adota a padronização de "Requisitos uniformes para manuscritos submetidos a periódicos biomédicos" (Vancouver Style (<http://www.icmje.org/recommendations>)).

O RLAE segue o código de conduta ética recomendado pelo Comitê de Ética em Publicações (COPE) (<http://publicationethics.org>) e o Código de Conduta e Diretrizes de Boas Práticas para Editores de Revistas (<http://publicationethics.org/resources/code-conducta>).

Todos os artigos devem ser encaminhados à revista com a cópia da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em casos de pesquisa em humanos (exceto dados de domínio público). Os estudos do tipo estudo clínico devem ter o número do Registro de Aprovação de Estudos Clínicos ([http://www.ensaiosclinicos.gov.br](http://www ensaiosclinicos.gov.br)) que deve ser enviado à revista. Nos casos que envolvam pesquisas com animais, a aprovação do Comitê de Ética em Uso de Animais deve ser encaminhada.

Os artigos devem ser submetidos pelo ScholarOne (<https://mc04.manuscriptcentral.com/rlae-scielo>) em português ou inglês ou espanhol e destinados exclusivamente ao RLAE. A apresentação simultânea a qualquer outro veículo de publicação não é permitida. O RLAE considera como infração ética a publicação duplicada ou fragmentada da mesma pesquisa. A revista possui ferramentas para localizar semelhanças no texto para detectar plágio.

Informação geral

Autoria

O conceito de autoria adotado pelo RLAE baseia-se na contribuição substancial de cada um dos indivíduos listados como autores, especialmente no desenho e planejamento do projeto de pesquisa, obtendo ou analisando e interpretando dados, redação e revisão crítica. O número de autores é limitado a seis e, excepcionalmente, para estudos multicêntricos, deve ser considerada a possibilidade de inclusão de mais autores, considerando as justificativas apresentadas por

eles. Não são permitidos nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios mencionados e, nesse caso, podem ser incluídos na seção Agradecimentos.

A contribuição de cada um dos autores deve ser explicada em uma declaração, assinada individualmente pelos autores, para esse fim e enviada ao RLAE na submissão do manuscrito. Todos os autores devem informar o número de registro do ORCID (<http://orcid.org>).

Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva do (s) autor (es), não refletindo necessariamente a opinião dos Editores e do Conselho Editorial.

Dados de identificação do autor responsável (registro)

Nome e sobrenome . Os autores devem seguir o formato pelo qual seus nomes já estão indexados nos bancos de dados e incluir o número de registro do ORCID.

Correspondência . O nome e o endereço completo do autor responsável pela troca de correspondência devem ser incluídos.

Instituição . Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo, departamento, escola, universidade).

Autoria

Os autores devem atribuir a autoria do artigo à Revista Latino-Americana de Enfermagem através da Declaração de responsabilidade e transferência de autoria assinada por todos os autores (Download).

Para usar o artigo de acesso aberto, o RLAE adota a Licença Creative Commons - CC BY (<http://creativecommons.org/licenses>). Esta licença permite que outras pessoas distribuam, remixem, adaptem e criem a partir de seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que creditem a criação original ao autor e declarem os devidos créditos de publicação ao RLAE. Recomenda-se maximizar a disseminação e o uso de materiais licenciados.

Categorias de artigos aceitos para publicação

Artigos originais . Artigos originais são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa originais e inéditos que podem ser replicados e / ou generalizados. Formações discursivas de efeito teorizador e pesquisa metodológica qualitativa, em geral, também são consideradas artigos originais.

Artigos de revisão . Estudos de avaliação críticos, abrangentes e sistematizados, resultados de pesquisas originais e recentes. Eles visam estimular a discussão e introduzir o debate sobre aspectos relevantes e inovadores. Apresentação do método de revisão, o meticuloso processo de busca e os critérios utilizados para a seleção e classificação dos estudos primários incluídos. Eles devem ser apoiados por padrões de excelência científica e responder à pergunta relevante para a enfermagem e / ou outras áreas da saúde. Entre os métodos utilizados estão: meta-análise, revisão sistemática e revisão integrativa.

Cartas ao Editor . Eles incluem cartas que visam discutir artigos publicados recentemente pela revista ou relatar pesquisas originais e descobertas científicas significativas.

Processo de julgamento

Os artigos enviados e encaminhados de acordo com as regras de publicação são enviados para a pré-análise feita pelo Editor Científico Chefe, que decidirá se deve aprovar ou recusar o artigo, caso não contemple o escopo da revista, seja novo, verdadeiro e contribuir para o avanço do conhecimento científico. Uma vez aprovado na pré-análise, o Editor Associado recebe o manuscrito para a seleção dos consultores. Após a avaliação dos consultores, o Editor Associado faz uma recomendação ao Editor Científico Chefe que, com base nas avaliações feitas pelos consultores e pelo Editor Associado, decidirá se deve aprovar, reformular ou rejeitar o artigo.

Custos de publicação O custo de publicação para o autor é composto pela Taxa de processamento e pelos custos de tradução e revisão gramatical do artigo para publicação em três idiomas.

Taxa de inscrição O RLAE não cobra uma taxa de inscrição.

Encargos de processamento

Artigos com todos os autores de instituições fora do Brasil não pagam o Encargo de processamento.

Essa taxa é solicitada aos autores após a pré-análise do artigo. Os manuscritos aprovados para prosseguir com o processo de revisão por pares devem pagar a Taxa de Processamento no valor de R \$ 300,00.

Forma de pagamento: depósito ou transferência bancária

Banco do Brasil

Favorecido: Receita Própria EERP

CNPJ: 63.025.530 / 0027-43

Agência bancária: 028-0. Conta Corrente: 130.151-9

Autores estrangeiros (fora do Brasil) Os manuscritos que não possuem autor ou co-autor de instituições brasileiras não pagam a Taxa de Processamento.

Traduções

As traduções são solicitadas aos autores após a aprovação do artigo. Nesse ponto, o texto original deve ser traduzido para mais dois idiomas, diferentes do idioma de envio da origem. Os autores são responsáveis pelo custo das duas traduções. Para garantir a qualidade das traduções, elas somente serão aceitas acompanhadas do certificado de tradução de uma das empresas credenciadas pela RLAE.

Diretriz para apresentação de texto

Os textos dos artigos devem seguir as diretrizes da Rede Equator de acordo com o tipo de estudo realizado:

Para todos os tipos de estudos, use as Normas Revisadas para Excelência em Relatórios de Melhoria da Qualidade (SQUIRE 2.0 - checklist). orientação.

Para ensaios clínicos randomizados, use o seguinte CONSORT (lista de verificação e fluxograma).

Para revisões sistemáticas e metanálises, siga as diretrizes do PRISMA (lista de verificação e fluxograma).

Para estudos observacionais em epidemiologia, siga as diretrizes do STROBE (checklist).

Para estudos qualitativos, siga o COREQ (lista de verificação).

Melhorar a qualidade e a transparência da pesquisa em pesquisa em saúde (<http://www.equator-network.org/resource-centre/authors-of-research-reports/authors-of-research-reports/#auwrit>). Pode ser usado para todos os tipos de pesquisa em saúde.

Preparação do artigo

Estrutura

- . Título apenas no idioma do artigo
- . Resumo apenas no idioma do artigo
- . Descritores em português
- . Descritores em inglês
- . Descritores em espanhol
- . Introdução
- . Método
- . Resultados
- . Discussão
- . Considerações finais
- . Referências Os

agradecimentos devem aparecer apenas na página de título.

Respeitando a criatividade e o estilo dos autores, a revista sugere o uso das seções convencionais Introdução, Método, Resultados, Discussão e Considerações Finais.

Número de palavras

. Artigos originais e revisão: 5000 palavras.

. Cartas ao Editor: 500 palavras

(na contagem de palavras não inclui: tabelas, figuras e referências)

Formatação

. Arquivo em formato Word, tamanho de papel A4 (21 cm x 29,7 cm ou 8,3 "x 11,7")

. Margens superior, inferior e lateral de 2,5 cm (1 ")

. Times New Roman 12 (em todo o texto, incluindo tabelas), com o arquivo digitado no formato .doc ou .docx ou .rtf

. Espaçamento duplo entre as linhas do título às referências, exceto as tabelas, que devem ter espaçamento

simples. Utilizar itálico para realces. Não é permitido no texto: negrito, sublinhado, maiúsculas, indicadores do MS Word

Título

. Deve ser conciso e informativo, com até 15 palavras.

Somente no idioma do artigo enviado

. Use negrito

. Itens não permitidos: maiúsculas, acrônimos, abreviações e localização geográfica da pesquisa.

Resumo

O resumo deve ser estruturado em: Objetivos, Método, Resultados e Considerações Finais; escrito em parágrafo único, com até 200 palavras.

O objetivo deve ser claro, conciso e descrito no tempo verbal infinitivo. O método deve conter o tipo de estudo, amostra, variável (s), ferramenta (s) e tipo de análise. Os resultados devem ser concisos, informativos e apresentar os principais resultados descritos e quantificados, incluindo as características dos participantes e a análise final dos dados. As considerações finais deve responder estritamente aos objetivos, expressando as considerações sobre as implicações teóricas ou práticas dos resultados e contendo três elementos: o resultado principal, os resultados adicionais relevantes e a contribuição do estudo para o avanço do conhecimento científico.

Os ensaios clínicos devem apresentar o número do registro no final do resumo.

Itens não permitidos : siglas, exceto reconhecidas internacionalmente, citações de autores, local de estudo e ano da coleta de dados.

Descritores

. Descritores em português, inglês e espanhol. Selecionado de Medical Subject Headings (MeSH)

. Descritores separados por ponto e vírgula devem ser incluídos. A primeira letra de cada palavra do descritor deve estar em maiúscula, exceto artigos e preposições

Os nomes das seções Introdução, Método, Resultados, Discussão e Considerações finais

. Negrito

. Letras maiúsculas apenas na primeira letra

. Itens não permitidos: subseções,

Introdução

Deve ser breve, definindo claramente a questão estudada, destacando sua importância e as lacunas de conhecimento. Inclua referências atualizadas e nacionais e internacionais. Descreva o (s) objetivo (s) no final desta seção.

Método

Descreva o tipo de estudo, localização, período, população, critérios de inclusão e exclusão, amostra, variáveis de estudo, ferramenta (s), forma de coleta de dados, organização dos dados para análise e aspectos éticos.

Resultados

Limite para descrever os resultados, mas não incluindo interpretações ou comparações. O texto contempla e não repete o que as tabelas e figuras descrevem.

Discussão

Enfatize os aspectos novos e importantes do estudo. Compare e compare os resultados com os de outros estudos atuais e apresente possíveis mecanismos ou explicações para os resultados obtidos.

Apresentar as limitações do estudo e os avanços no conhecimento científico.

Considerações finais

Responda aos objetivos do estudo, restringindo-se aos dados encontrados. Não cite referências.

Tabelas

Até 5 itens entre tabelas e figuras, contendo títulos informativos, claros e completos, localizados acima da tabela, indicando o que deve representar nela. Contendo: participantes do estudo, variáveis, localização e horário da coleta de dados.

Formatação

- . Elaborado com a ferramenta de tabela do MS Word
- . Dados separados por linhas e colunas para que cada dado esteja em uma célula
- . Traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e da tabela inferior

Mencionar no texto

- . Obrigatório. Ex: conforme Tabela 1

Cabeçalho

- . Negrito
- . Sem células vazias

Inserção no texto

- . Logo após a primeira menção no texto e não no final do artigo ou em arquivos separados

Tabela fonte

Descrever a fonte da informação, quando é secundária de dados

Tabela notas de rodapé

- . Restrito ao mínimo necessário
- . Indicado pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, apresentando-os dentro da tabela e na nota de rodapé, e não apenas em um deles.

Acrônimos

- . Restrito ao mínimo necessário

. Descrito na íntegra na nota de rodapé da tabela, usando os símbolos seqüenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡

Valores monetários

Em dólares ou salários mínimos no país do estudo e no momento da coleção de dados. Exibir data e cotação na nota de rodapé.

Formatação não permitida

. Quebras de linha usando a tecla Enter, recuos usando a tecla Tab, espaços para separar os dados; Maiúsculas; Sublinhado; Marcadores do MS Word; Cores nas células; Tabelas com mais de uma página

. Tabelas com apenas uma ou duas linhas devem ser convertidas em texto

Figuras As figuras são:

Gráficos, gráficos, desenhos, diagramas, fluxogramas e fotos.

Título

. Localizado abaixo da figura

Resolução

. Em alta resolução (mínimo de 900 dpi)

Figuras: Gráficos

. Eles contêm dados textuais e não numéricos, fechados nas laterais e nas linhas internas

. Quando criados com a ferramenta de tabela do MS Word, eles podem ter o tamanho máximo de uma página, não apenas 16x10cm como as outras figuras.

. Autorização da fonte, quando extraída de outras obras, indicando-a na nota de rodapé da figura

Figuras: Gráficos

. Totalmente legível e claro

- . Tamanho máximo 16x10cm
- . Escala de cinza e não colorida
- . Vários gráficos em uma única figura só serão aceitos se a apresentação conjunta for indispensável para a interpretação da figura

Figuras: Desenhos, diagramas, fluxogramas

- . Construído com ferramentas adequadas, de preferência com a intervenção de um profissional de artes gráficas
- . Lógico e fácil de entender
- . Totalmente legível e claro
- . Tamanho máximo 16x10cm
- . Autorização da fonte, quando extraída de outras obras, indicando-a na nota de rodapé da figura

Figuras: Fotos

- . Totalmente legível e claro
- . Tamanho máximo 16x10cm
- . Preto e branco e sem cor
- . As fotos que contêm pessoas devem ser tratadas para que não sejam identificadas

Citações no texto

Formatação

- . Números arábicos, sobrescritos e entre parênteses. Por exemplo (12)
- . Solicitado consecutivamente, sem pular a referência
- . Citações de referências sequenciais: separadas por traço em vez de vírgula, sem espaço entre elas. Por exemplo (1-2), (4-5), (5-9)
- . Citações de citações interpoladas: separadas por vírgula, sem espaço entre elas. Por exemplo (8,14), (10,12,15)

Local de inserção

. quando inseridos no final do parágrafo ou frase, devem estar antes do ponto final e, quando inseridos ao lado de uma vírgula, devem estar antes das

citações "ipsis literes" do ponto final

. entre aspas, sem itálico, tamanho 12, na sequência de texto

Itens não permitidos

. espaço entre a citação numérica e a palavra que a precede

. indicação da página consultada

. nomes dos autores, exceto aquelas que fazem parte dos teóricos quadro

redação dos participantes

. Tipo de letra Times New Roman, itálico, tamanho 10, sem aspas, após o texto

. Identificação do discurso: obrigatório, codificado, apresentado no final de cada discurso entre parênteses e sem itálico

Notas de rodapé

. No texto: indicado por um asterisco, iniciando em cada página, restrito ao mínimo necessário

. Nas tabelas e figuras: indicadas pelos símbolos seqüenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡ mostrando-os dentro da tabela e na nota de rodapé, e não apenas em um deles

. Nas figuras que são imagens, as notas de rodapé devem estar no formato de texto e não dentro da imagem

Referências

. Estilo Vancouver (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

. Sem limite máximo, pois todos são adequados ao texto e com link de acesso à verificação de texto. Referências com mais de 6 autores: seis primeiro seguido por et al.

. Cite a versão do documento em inglês

. Insira o DOI ou acesse o link em todas as referências

. Referências desatualizadas ou inacessíveis à comunidade científica internacional (literatura cinza) não serão aceitas (exceto as essenciais). Literatura cinzenta são livros, teses, dissertações, manuais, normas e legislação, etc.

Para encontrar exemplos de como citar, consulte o site da RLAE (<http://www.scielo.br/revistas/rlae/iinstruc.htm#003>)

ANEXO I - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA



Âmbito e política

Cadernos de Saúde Pública / Relatórios em Saúde Pública (CSP) publica artigos originais de alto mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em disciplinas gerais e afins. Desde janeiro de 2016, o CSP publica apenas sua versão online, em um sistema de publicação contínua de artigos em periódicos indexados na base de dados SciELO. Recomendamos que os autores leiam cuidadosamente as instruções antes de enviar seus artigos ao CSP.

À medida que o resumo do artigo alcança mais visibilidade e distribuição do que o artigo em si, sugerimos que as recomendações específicas para sua redação sejam lidas com atenção. (link resumo) .

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

A Revista adota o sistema Ephorous para identificação de plágio.

Os artigos serão revisados preferencialmente por três consultores do mesmo campo de pesquisa, membros de instituições de ensino e pesquisa brasileiras e internacionais com produção comprovada de pesquisa científica. Após correções e sugestões, conforme apropriado, o artigo será aceito pelo Conselho Editorial da CSP se atender aos critérios de qualidade, originalidade e rigor metodológico da revista.

O autor mantém os direitos autorais do trabalho, concedendo à publicação em Saúde Pública o direito de primeira publicação.

Forma e apresentação dos manuscritos

Recomendamos que os autores leiam as instruções a seguir com atenção antes de enviar seus manuscritos para o CSP.

1. O CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 - Perspectivas: análise de temas convergentes, de interesse de curto prazo e de importância para a Saúde da População (máximo de 1.600 palavras);

1.2 - Debate: análise de temas relevantes no campo da Saúde Pública, seguidos de comentários críticos feitos pelos autores convidados convidados pelos Editores, e a resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 - Seção Temática: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos ou um pequeno debate sobre um tema comum e relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em enviar trabalhos para esta Seção devem consultar os Editores;

1.4 - Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas relacionados à Saúde Pública, no máximo 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deve ter seu protocolo publicado ou registrado em um registro de revisões sistemáticas, como o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospero/>); revisões sistemáticas devem ser enviadas em inglês (leia mais - LINK 3);

1.5 - Ensaio: texto original onde se desenvolve um argumento sobre um tema bem circunscrito e pode ter até 8.000 palavras (leia mais - LINK 4);

1.6 - Questões metodológicas (LINK 5): artigos focados na discussão, comparação ou avaliação de aspecto metodológico importante para o campo, seja sobre desenho do estudo, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); os artigos sobre ferramentas de medição epidemiológica devem ser submetidos a esta seção, preferencialmente de acordo com as regras para uma breve comunicação (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 - Artigo: resultante de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Entre os diferentes tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo sobre pesquisa etiológica em epidemiologia (LINK 1) e artigo usando metodologia qualitativa (LINK 2);

1.8 - Breve Comunicação: relato de resultados preliminares de pesquisa ou resultados de estudos originais que podem ser apresentados resumidos (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 - Cartas: crítica a artigo publicado em número anterior do CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 - Resenhas de livros: resenha crítica de livros relacionados ao campo do CSP, publicados nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. Apresentação de manuscritos

2.1 O CSP considera apenas a publicação de manuscritos originais, anteriormente não publicados, que não estão sendo revisados simultaneamente para publicação em qualquer outra revista. Os autores devem declarar essas condições no processo de envio. Caso seja identificada a publicação anterior ou a submissão simultânea a outra revista, o artigo será rejeitado. O envio duplicado de um manuscrito científico constitui uma violação grave da ética pelo (s) autor (es).

2.2 Os envios são aceitos em português, espanhol ou inglês.

2.3 Notas de rodapé, notas de fim e anexos não serão aceitos.

2.4 A contagem de palavras inclui apenas o corpo do texto e referências (ver item 12.13).

2.5 Todos os autores de artigos aceitos para publicação serão automaticamente incluídos no banco de dados de consultores da revista, e os autores concordam em participar como revisores pares de artigos submetidos sobre o mesmo tema que o seu.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Os manuscritos que apresentem resultados parciais ou completos dos ensaios clínicos devem incluir o número e o nome da agência ou organização em que o ensaio clínico está registrado.

3.2 Este requisito está em conformidade com as recomendações da BIREME / OPAS / OMS sobre o registro de ensaios clínicos a serem publicados com base nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) e do Workshop do ICTPR.

3.3 As agências e organizações que registram ensaios clínicos de acordo com os critérios do ICMJE incluem:

Registro de Ensaios Clínicos da Nova Zelândia (ANZCTR)

ClinicalTrials.gov

Número internacional padrão de ensaios clínicos randomizados (ISRCTN)

Registro de Avaliação Netherlands (NTR)

Registro de Ensaios Clínicos UMIN (UMIN-CTR)

Plataforma Internacional de Registro de Ensaios Clínicos da OMS (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem divulgar todas as fontes de financiamento ou apoio institucional ou privado para a realização do estudo.

4.2 Os fornecedores de materiais ou equipamentos gratuitos ou com desconto devem ser divulgados como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 Se o estudo foi realizado sem financiamento institucional e / ou privado, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento.

5. Conflitos de interesses

5.1 Os autores devem divulgar quaisquer conflitos de interesse em potencial, incluindo interesses políticos e / ou financeiros associados a patentes ou propriedades e fornecimento de materiais pelo fabricante e / ou insumos e equipamentos utilizados no estudo.

6. Autores

6.1 As contribuições individuais de vários autores para a elaboração do artigo devem ser especificadas.

6.2 Enfatizamos que os critérios de autoria devem basear-se nos requisitos uniformes do ICMJE, que estabelecem o seguinte: o reconhecimento da autoria deve basear-se em contribuições substanciais para o seguinte: 1. concepção e design, aquisição de dados ou análise e interpretação de dados; 2. redigir o artigo ou revisá-lo criticamente para conteúdo intelectual importante; 3. aprovação final da versão a ser publicada; 4. Concorde em ser responsável por todos os aspectos do trabalho, garantindo que as questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte do trabalho sejam investigadas e resolvidas adequadamente. Os autores devem atender às quatro condições.

7. Agradecimentos

7.1 Os possíveis reconhecimentos incluem instituições que de alguma forma permitiram ou facilitaram a pesquisa e / ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas não cumpriram os critérios de autoria.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem pela primeira vez no texto. Eles devem ser identificados por números arábicos sobrescritos (por exemplo: Silva 1). As referências citadas devem ser listadas no final do artigo, em ordem numérica, seguindo os Requisitos uniformes para manuscritos submetidos a periódicos biomédicos [https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html]. Referências como

notas de rodapé ou notas finais não serão aceitas. As referências citadas apenas em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir da última referência citada no texto.

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de forma correta e completa. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do (s) autor (es).

8.3 Se estiver usando um software de gerenciamento de referências (EndNote, por exemplo), os autores devem converter as referências em texto.

9. Nomenclatura

9.1 O manuscrito deve obedecer às regras da nomenclatura zoológica e botânica, bem como às abreviações e convenções adotadas nos campos especializados.

10. Ética em pesquisa envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinque (1964, revisada em 1975, 1983, 1989, 1996, e 2000), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, a pesquisa deve cumprir com a legislação específica (quando existente) do país em que a pesquisa foi realizada.

10.3 Os artigos que apresentam os resultados de pesquisas envolvendo seres humanos devem conter uma declaração clara dessa conformidade (essa declaração deve ser o último parágrafo da seção de Metodologia do manuscrito).

10.4 Após a aceitação do manuscrito para publicação, todos os autores devem assinar um formulário específico, a ser fornecido pela Secretaria Editorial do CSP, declarando sua total conformidade com os princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial da CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os princípios éticos adotados na pesquisa.

11. Processo de envio on-line

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do Sistema de Revisão e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 Nenhuma outra forma de envio será aceita. A seguir, estão as instruções completas para envio. Em caso de dúvida, entre em contato com o sistema de suporte da SAGAS no seguinte e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 O autor deve começar digitando SAGAS . Em seguida, digite o nome de usuário e a senha para acessar a área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do SAGAS devem se registrar através do link “Register” na página inicial. Caso você tenha esquecido sua senha, solicite que ela seja enviada automaticamente da seguinte maneira: “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 Para novos usuários do SAGAS. Depois de clicar em “Registrar”, você será direcionado para o registro SAGAS. Digite seu nome, endereço, email, telefone e instituição.

12. Enviando o artigo

12.1 O envio on-line é feito na área restrita de gerenciamento de artigos. O autor deve acessar a "Central do autor" e selecionar o link "Enviar um novo artigo".

12.2 A primeira etapa do processo de envio consiste em verificar as instruções do CSP aos autores.

O manuscrito só será considerado pela Secretaria Editorial do CSP se atender a todos os requisitos uniformes para publicação.

12.3 Durante a segunda etapa, todos os dados referentes ao artigo serão digitados em: título, título abreviado, campo, palavras-chave, divulgação de financiamento e conflitos de interesse, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se assim o desejarem, os autores podem sugerir possíveis revisores (nome, email e instituição) que considerem capazes de revisar o manuscrito.

12.4 O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres, incluindo espaços

12.5 O título abreviado (no idioma original) pode conter no máximo 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3, máximo de 5, no idioma original do artigo) devem constar na Biblioteca Virtual em Saúde / BVS .

12.7 Resumo. Com exceção das contribuições enviadas para as seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todas as submissões de artigos devem incluir o resumo no idioma original do artigo, que pode conter no máximo 1.700 caracteres com espaços. Para ampliar o alcance dos artigos publicados, o CSP publica os resumos em português, inglês e espanhol. Para garantir padrões de qualidade no trabalho, oferecemos tradução gratuita do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 Agradecimentos . Os reconhecimentos de instituições e / ou indivíduos podem conter no máximo 500 caracteres com espaços.

12.9 A terceira etapa inclui o nome completo do (s) autor (es) do artigo e respectivas instituições, com endereço completo, telefone e e-mail, além de uma especificação da contribuição de cada autor. O autor que registra o artigo será automaticamente incluído como autor. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 A quarta etapa é a transferência do arquivo com o corpo do texto e das referências.

12.11 O arquivo que contém o texto do manuscrito deve ser formatado em DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não pode exceder 1 MB.

12.12 O texto deve ser formatado com espaçamento de 1,5 cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo de texto deve conter apenas o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens devem ser inseridos em campos separados durante o processo de envio: resumos; nome (s) do (s) autor (es), mais afiliação institucional ou qualquer outra informação que identifique o (s) autor (es); agradecimentos e contribuições; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 A quinta etapa inclui a transferência dos arquivos com as ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em um arquivo separado, clicando em "Transferir"

12.15 Ilustrações. As ilustrações devem ser mantidas no mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores cobrirão os custos de ilustrações que excederem esse limite.

12.17 Os autores devem obter autorização por escrito de todos os respectivos detentores de direitos autorais para reproduzir ilustrações publicadas anteriormente.

12.18 Tabelas. As tabelas podem ter até 17 cm de largura, considerando uma fonte de tamanho 9. Eles devem ser enviados no arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) na ordem em que aparecem no texto e devem ser citadas no corpo do manuscrito. Os dados nas tabelas devem ser inseridos em células separadas e divididos em linhas e colunas.

12.19 Figuras . Os seguintes tipos de figuras serão permitidos pelo CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias, Diagramas de Fluxo e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser enviados em formato vetorial, e os seguintes tipos de arquivos são permitidos: WMF (Windows MetaFile), EPS (PostScript encapsulado) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: mapas gerados originalmente em formato raster ou imagem e posteriormente exportados para formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser enviados em formato vetorial e serão permitidos nos seguintes tipos de arquivos: XLS (Microsoft Excel), ODS (Planilha de documento aberto), WMF (Windows MetaFile), EPS (PostScript encapsulado) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics))

12.22 Imagens e fotografias de satélite devem ser enviadas em TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300 dpi (pontos por polegada) e largura mínima de 17,5 cm. O tamanho máximo do arquivo é 10Mb.

12.23 Os diagramas e fluxogramas devem ser enviados em arquivo de texto ou em formato vetorial e serão permitidos nos seguintes tipos de arquivos: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (PostScript encapsulado) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) na ordem em que aparecem no texto e devem ser citadas no corpo.

12.25 Os títulos e legendas das figuras devem ser apresentados em um arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 Formato vetorial . Um desenho vetorial é gerado com base em descrições geométricas de formas e normalmente consiste em curvas, elipses, polígonos, texto e outros elementos, ou seja, usando vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 Conclusão da submissão . Ao concluir todo o processo de transferência de arquivos, clique em "Concluir Envio"

12.28 Confirmação de Envio. Após concluir a submissão, o autor receberá uma mensagem de email confirmando o recebimento do artigo pelo CSP. Caso você não receba a confirmação por e-mail dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial do CSP por e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br .

13. Monitorando o processo de revisão do artigo

13.1 Os autores podem monitorar o fluxo editorial do artigo através do sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

14. Enviando novas versões de artigos

14.1 Novas versões do artigo podem ser enviadas usando a área restrita de gerenciamento de artigos (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>) no sistema SAGAS, acessando o artigo e clicando em "Submit New Versão".

15. Prova digital

15.1 A prova digital é acessada pelo (s) autor (es) correspondente (s) através do sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>]. A exibição da prova do artigo requer o Adobe Reader ou um programa similar. O Adobe Reader pode ser baixado gratuitamente em: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html> .

15.2 - Para acessar as provas e declarações digitais, o (s) autor (es) correspondente (s) deve (m) acessar o link do sistema, <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>, utilizando o login e senha previamente cadastrados no site do CSP. Os arquivos estarão disponíveis na guia "Documentos", seguindo o procedimento passo a passo:

15.2.1- Na guia "Documentos", faça o download do arquivo PDF com o texto e as declarações: Aprovação da prova digital , transferência de direitos autorais (publicação científica) e Termos e Condições ;

15.2.2 - Encaminhar a prova digital e a transferência de direitos autorais (publicação científica) a cada um dos autores;

15.2.3 - Cada autor deve verificar a prova digital e assinar a transferência de direitos autorais (publicação científica);

15.2.4- As declarações assinadas pelos autores devem ser digitalizadas e encaminhadas pelo autor correspondente através do sistema, na guia "Autores". Os documentos devem ser carregados nos espaços de cada autor respectivo;

15.2.5 - Informações importantes para o envio de correções para a prova:

15.2.5.1 - A prova digital terá linhas numeradas para facilitar a localização de possíveis correções;

15.2.5.2 - Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 - As correções devem ser listadas na guia "Bate-papo", especificando os números das linhas e as respectivas correções.

15,3 - As declarações assinadas pelos autores e as correções devem ser enviadas dentro de 72 horas via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>).

ANEXO J – CERTIFICADO DE PREMIAÇÃO NA 16º EXPOEPI