

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Aggeu Magalhães

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Dayane da Rocha Pimentel

Análise dos feminicídios no estado de Pernambuco:
violência de gênero e invisibilidade

Recife

2022

Dayane da Rocha Pimentel

Análise dos feminicídios no estado de Pernambuco:

violência de gênero e invisibilidade

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do grau de mestre em Ciências. Área de concentração: Epidemiologia e controle de agravos à saúde.

Orientadora: Dra. Amanda Priscila de Santana Cabral Silva

Coorientador: Dr. Wayner Vieira de Souza

Recife

2022

**Catálogo na fonte: Biblioteca Luciana Borges Abrantes dos Santos
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz**

P644a Pimentel, Dayane da Rocha.
Análise dos feminicídios no Estado de Pernambuco: violência de gênero e invisibilidade/Dayane da Rocha Pimentel. — Recife: [s. n.], 2022.
145f.: il.; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Instituto Aggeu Magalhães, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Recife, 2022.

Orientadora: Amanda Priscila de Santana Cabral Silva; coorientador: Wayner Vieira de Souza.

1. Violência contra a mulher. 2. Homicídio. 3. Iniquidade de gênero. 4. Análise espacial. 5. Estatísticas vitais. 6. Sistemas de informação. I. Silva, Amanda Priscila de Santana Cabral. II. Souza, Wayner Vieira de. III. Título.

CDU 343.6-055.2

Dayane da Rocha Pimentel

Análise dos feminicídios no estado de Pernambuco:
violência de gênero e invisibilidade

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do grau de mestre em Ciências. Área de concentração: Epidemiologia e controle de agravos à saúde.

Aprovado em: 1 de agosto de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Amanda Priscila de Santana Cabral Silva
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Tereza Maciel Lyra
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Cristine Vieira do Bonfim
Fundação Joaquim Nabuco

*É necessário politizar essas mortes.
Transformar o luto em justiça. E resistir.
Dedico este trabalho à todas as mulheres que tiveram suas
vidas interrompidas pelo crime de ódio no estado de Pernambuco.
Às vítimas indiretas.
Aos órfãos do feminicídio.*

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é, sem dúvidas, uma das maiores realizações da minha vida. Me aproximar da temática de violência fez com que eu utilizasse a lente de gênero para compreender as relações sociais e as determinações do processo saúde-doença. Além de provocar questionamentos acerca da minha contribuição, seja no âmbito pessoal, acadêmico e/ou profissional no enfrentamento e problematização das estruturas que promovem a manutenção de iniquidades. E, ter realizado o mestrado durante a pandemia da COVID-19, na qual o medo e insegurança foram acentuados, faz com que ao término deste ciclo, o sentimento seja unicamente de gratidão.

Aos meus pais, pelo apoio constante na minha vida. Pelo privilégio que me concedem para priorizar meus estudos e por vibrarem verdadeiramente a cada conquista. Dedico este trabalho em especial à minha mãe. Este curso é um sonho que ela ainda não conseguiu ter oportunidade de realizar pelo tempo de vida e de trabalho inteiramente dedicado à nossa família. Mas constantemente recebo pedidos para ensinar a usar e preencher o tal do “currículo *lattes*” para depositar nas universidades e demais espaços de ensino. Aos 60 anos, recém aposentada, foi convocada em um concurso público e decidiu retornar à sala de aula. Hoje, professora de ciências e matemática do ensino fundamental, diariamente compartilha comigo as potencialidades e os desafios da educação pública. A sua busca incessante pelo conhecimento me motiva a ser uma pessoa melhor todos os dias.

Às professoras Cristine Bonfim e Conceição Oliveira por tudo que representam em mim. Obrigada pela orientação iniciada no PIBIC em 2015 e que, desde então, possibilitou diversas oportunidades na minha vida. Ter concluído mais este ciclo me faz lembrar de tudo que construímos juntas. Admiro, respeito e me inspiro constantemente na trajetória de vocês. Obrigada por me inserirem no caminho da pesquisa científica; pelos conhecimentos compartilhados; pela relação de respeito, confiança, estímulo e amizade; e por reforçarem constantemente a importância da ética, compromisso e implicação política que devemos ter em todos os espaços.

À minha orientadora, professora Amanda Cabral, pelo interesse na temática, pelo zelo, compromisso e competência que conduziu esse processo. Com tranquilidade e “na mais perfeita desordem”, no final deu tudo certo. Gratidão aos momentos de acolhimento, escuta, incentivo e conselhos dispensados, sobretudo aqueles voltados para aproveitar o caminho, as oportunidades e ter a certeza de que

tudo na vida ocorre no tempo correto. Estendo a admiração ao meu orientador, professor Wayner Vieira, também por ter me aceito como orientanda e pela simplicidade nos ensinamentos. Obrigada pela oportunidade! Que possamos ampliar e fortalecer a parceria nos próximos projetos.

À banca examinadora, professora Tereza Lyra, Camila Pimentel e Thalia Barreto, pela disponibilidade e por todas as sugestões de melhoria fornecidas.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, demais unidades regionais que possibilitaram o cumprimento de disciplinas eletivas (Instituto Fernandes Figueira e Instituto René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz), docentes, funcionários da secretaria acadêmica e colegas de turma.

Aos setores envolvidos na disponibilização do banco de dados e mais especificamente à Central Metropolitana de Regulação Médica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), às áreas técnicas da Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Estadual de Saúde Pernambuco e Secretaria da Mulher de Pernambuco pelo esclarecimento de dúvidas e por oportunizar minha participação em espaços ricos de discussões.

À Luana Tanaka por dedicar seu tempo diretamente da Alemanha para me ensinar com muita competência as etapas de operacionalização do *linkage* probabilístico, o que foi fundamental para a definição da população deste estudo.

À Emylle e Sheila pelo apoio mútuo na academia e pela dedicação na produção de artigos relacionados à temática.

À Duda pelo reencontro, amizade, respeito e por todos os ensinamentos. Ressignifiquei com você a percepção de que a vida é incrível e precisa ser além do cumprimento das obrigações postas. Obrigada pelo interesse em aprender junto a mim os aspectos e diversos significados da violência, por construirmos juntas esse produto e pelos desdobramentos que estamos conseguindo inserir na rotina do serviço. Obrigada por todos os momentos de celebração, sempre com muita leveza e cervejas.

À Lays pela parceria e dedicação na nossa relação de amizade, o que torna a saudade menos dolorida. E, como sempre, você se fazendo presente nos momentos mais importantes da minha vida. Obrigada pelos ensinamentos no processamento e análise dos dados da minha dissertação, sem você também não seria possível. És uma pesquisadora incrível que, com muita seriedade, compromisso e dedicação, têm conquistado as melhores oportunidades.

À João pela amizade, humor, disponibilidade e apoio sempre que necessito.
Muito me orgulha você ter iniciado o mestrado, amigo!

A todos que direta ou indiretamente, contribuíram e/ou apoiaram a realização desse trabalho. Carrego os encontros, ciclos e boas lembranças em mim.

*“Eu não me vejo na palavra
Fêmea, alvo de caça
Conformada vítima*

*.
Prefiro queimar o mapa
Traçar de novo a estrada
Ver cores nas cinzas
E a vida reinventar*

*.
E um homem não me define
Minha casa não me define
Minha carne não me define
Eu sou meu próprio lar”.*

(Francisco, el hombre, 2016)

RESUMO

PIMENTEL, Dayane da Rocha. **Análise dos feminicídios no estado de Pernambuco**: violência de gênero e invisibilidade. 2022. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2022.

O feminicídio é um fenômeno decorrente da herança patriarcal machista e de estruturas sociais historicamente permeadas por relações desiguais de gênero. O objetivo desta dissertação foi analisar os aspectos epidemiológicos dos feminicídios registrados em Pernambuco, entre 2016 e 2019. Trata-se de um estudo ecológico. Como *proxy* dos eventos de feminicídio, foi admitido como referência o registro de homicídios e de causas indeterminadas de mortes de mulheres no Sistema de Informações sobre Mortalidade. Foi estabelecido etapas de buscas com o *linkage* probabilístico em bases de dados da saúde e, de forma complementar, revisões manuais em plataforma judiciária e mídias noticiosas *online*. Realizou-se a descrição dos dados mediante a distribuição de frequências, medidas de tendência central e dispersão. Para analisar o padrão espacial das taxas de feminicídio foram utilizados o método bayesiano empírico local e o índice de autocorrelação de Moran. Aplicou-se a regressão logística hierarquizada para verificar a associação entre o feminicídio e a violência interpessoal. Empregou-se a regressão logística para estimar a razão de chances (*Odds Ratio*) com intervalos de confiança de 95% (IC95%). Foram localizados 490 feminicídios, o que correspondeu a uma taxa de 2,5 por 100.000 mulheres. A maior proporção de feminicídios foi identificada pela busca manual em mídias noticiosas *online* e na base processual do TJPE (n=247; 50,41%). As características das vítimas relevam idade entre 20 e 39 anos (n=286; 58,37%), raça/cor negra (n=400; 81,63%), sem companheiro(a) (n=407; 83,06%) e escolaridade superior a 8 anos de estudo (n=303; 61,84%). O índice de Moran global das taxas suavizadas foi de 0,3 (p=0,001) e o *cluster* classificado como área crítica (Q1) reforçou a interiorização do evento para a macrorregião Vale do São Francisco e Araripe. No nível de determinação distal, foi identificado que as seguintes variáveis elevam as chances de ocorrência do feminicídio: residir em município de pequeno porte (OR=2,10); a indisponibilidade de delegacias especializadas no atendimento à mulher (OR=1,11); e ausência de encaminhamentos para rede assistencial e protetiva na oportunidade de agressão anterior (OR=1,32). Nos determinantes intermediários, destacou-se que quanto maior é a intensidade do meio de ação empregado na prática da violência maior é a chance do desfecho fatal, ressaltando-se o uso de objeto perfurocortante (OR=3,93) e arma de fogo (OR=11,14). E, acerca dos determinantes proximais, as vítimas inseridas na faixa etária entre 10 e 19 anos apresentaram menos chance de ocorrência do feminicídio (OR=0,51). A caracterização da população de estudo pode proporcionar a ampliação dos conhecimentos sobre violência estrutural contra as mulheres, aspectos da notificação e da rede assistencial e protetiva. A análise espacial identificou a interiorização do evento e áreas de transição em Pernambuco, as quais requerem priorização de intervenções. E a modelagem evidenciou que as mulheres estão expostas à múltiplos fatores de riscos para ocorrência de feminicídio e a discussão, de modo particularizado de todos os níveis de determinação, se faz ainda mais necessária.

Palavras-chave: violência; homicídio; desigualdade de gênero; análise espacial; estatísticas vitais; sistemas de informação.

ABSTRACT

PIMENTEL, Dayane da Rocha. **Analysis of feminicides in the state of Pernambuco: gender violence and invisibility.** 2022. Dissertation. (Master in Public Health) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2022.

Femicide is a phenomenon arising from the patriarchal machismo heritage and social structures historically permeated by unequal gender relations. The objective of this dissertation was to analyze the epidemiological aspects of feminicides recorded in Pernambuco between 2016 and 2019. This is an ecological study. As a proxy of the femicide events, the registration of homicides and undetermined causes of deaths of women in the Mortality Information System was admitted as reference. Search steps were established with probabilistic linkage in health databases and, complementarily, manual reviews in judicial platform and online news media. Data were described using frequency distributions, measures of central tendency and dispersion. To analyze the spatial pattern of femicide rates, the local empirical Bayesian method and the Moran autocorrelation index were used. Hierarchical logistic regression was applied to verify the association between femicide and interpersonal violence. Logistic regression was used to estimate the Odds Ratio with 95% confidence intervals (95%CI). A total of 490 feminicides were located, corresponding to a rate of 2.5 per 100,000 women. The highest proportion of feminicides was identified by manual search in online news media and in the TJPE database (n=247; 50.41%). The characteristics of the victims are age between 20 and 39 years (n=286; 58.37%), black (n=400; 81.63%), no partner (n=407; 83.06%) and more than 8 years of schooling (n=303; 61.84%). The global Moran index of smoothed rates was 0.3 (p=0.001) and the cluster classified as critical area (Q1) reinforced the internalization of the event to the macro-region Vale do São Francisco and Araripe. At the distal determination level, the following variables were found to increase the chances of femicide occurrence: living in a small municipality (OR=2.10); the unavailability of specialized police stations to assist women (OR=1.11); and the lack of referrals to the assistance and protection network in the opportunity of a previous aggression (OR=1.32). In the intermediate determinants, it was highlighted that the greater the intensity of the means of action used in the practice of violence, the greater the chance of a fatal outcome, highlighting the use of sharp objects (OR=3.93) and firearms (OR=11.14). And about the proximal determinants, the victims in the age group between 10 and 19 years had a lower chance of femicide occurrence (OR=0.51). The characterization of the study population can provide the expansion of knowledge about structural violence against women, aspects of notification and of the assistance and protection network. The spatial analysis identified the internalization of the event and transition areas in Pernambuco, which require prioritization of interventions. And the modeling showed that women are exposed to multiple risk factors for the occurrence of femicide, and the discussion, in a particular way of all levels of determination, is even more necessary.

Keywords: violence; homicide; gender inequality; spatial analysis; vital statistics; information systems.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Esferas de análise do modelo ecológico feminista | 34 |
| Figura 2 - Desenho da regionalização por macrorregiões de saúde do estado de Pernambuco | 46 |
| Quadro 1 - Relação dos serviços de enfrentamento à violência de gênero contra a mulher por macrorregião de Pernambuco.. | 48 |
| Quadro 2 - Situação sobre a solicitação de acesso à informação via ouvidoria aos órgãos da Secretaria de Defesa Social e Tribunal de Justiça de Pernambuco para subsidiar a análise dos feminicídios ocorridos no estado | 50 |
| Quadro 3 - Rotina de duplicidade no Sinan-NET para análise dos dados provenientes da Ficha de Violência Interpessoal e Autoprovocada: condição, definição, procedimentos correspondentes e variáveis verificadoras | 53 |
| Figura 3 - Preparação das bases de dados da saúde SIM e Sinan: remoção das inconsistências, violências autoprovocadas, duplicidades e recidivas | 54 |
| Figura 4 - Fluxograma das fontes de informação e processos utilizados para aproximar os casos de homicídios intencionais e eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada à qualificadora do feminicídio | 56 |
| Figura 5 - Ciclo de operação do <i>linkage</i> probabilístico | 58 |
| Quadro 4 - Estratégias de blocagem utilizadas na rotina de relacionamento do <i>linkage</i> probabilístico | 59 |
| Quadro 5 - Blocos, variáveis e respectivas fontes de dados utilizadas para análise dos feminicídios no estado de Pernambuco ... | 62 |
| Figura 6 - Blocos de análise hierárquica - Modelo ecológico feminista..... | 65 |
| Gráfico 1 - Ocorrências por causas externas realizadas pela central metropolitana de regulação médica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), 2017 a 2019..... | 69 |
| Quadro 6 - Configuração dos campos de comparação utilizados na rotina de relacionamento do <i>linkage</i> probabilístico | 72 |

| | |
|---|----|
| Quadro 7 - Estratégias de blocagem para o processo de <i>linkage</i> probabilístico segundo desempenho no relacionamento das bases de dados SIM e Sinan | 74 |
| Figura 7 - Distribuição do feminicídio segundo município de residência. Pernambuco, 2016 a 2019. (A) Taxa bruta (por 100 mil/hab); (B) taxa suavizada (por 100 mil/hab); (C) <i>BoxMap</i> ; (D) <i>MoranMap</i> | 80 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-------------------|---|----|
| Tabela 1 - | Inconsistências no preenchimento das variáveis “nome” e “endereço”. Registro das ocorrências realizadas pela central metropolitana de regulação médica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Capítulo de causas externas, 2017 a 2019 | 70 |
| Tabela 2 - | Caracterização dos feminicídios identificados pela busca manual em mídias noticiosas <i>online</i> e base processual do Tribunal de Justiça de Pernambuco, 2016 a 2019 | 75 |
| Tabela 3 - | Perfil dos feminicídios ocorridos no estado de Pernambuco no período de 2016 a 2019 | 78 |
| Tabela 4 - | Caracterização da vítima e da violência interpessoal prévia por ocorrência de feminicídio. Pernambuco, 2016 a 2019 | 82 |
| Tabela 5 - | Elementos territoriais, disponibilidade de equipamentos assistenciais e protetivos e dados notificação por ocorrência de feminicídio com violência interpessoal prévia. Pernambuco, 2016 a 2019 | 83 |
| Tabela 6 - | Modelo de regressão logística hierárquico para os fatores associados à ocorrência do feminicídio em Pernambuco, 2016 a 2019..... | 85 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------------|--|
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CDC | <i>Centers for Disease control and Prevetion</i> |
| CEAM | Centro Especializado de Atendimento à Mulher |
| CF | Constituição Federal |
| CID-10 | 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde |
| CPMI | Comissão Parlamentar Mista de Inquérito |
| DataSUS | Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde |
| DEAM | Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher |
| FBPF | Federação Brasileira para o Progresso Feminino |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IHME | <i>Institute for Health Metrics and Evaluation</i> |
| Ipea | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada |
| IVS | Índice de Vulnerabilidade Social |
| LGBTQIA+ | Lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, <i>queer</i> , intersexo, assexuais, e demais orientações sexuais |
| LISA | <i>Local Indicators of Spatial Association</i> |
| LMP | Lei Maria da Penha |
| MS | Ministério da Saúde |
| PNAISM | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher |
| ROC | <i>Receiver Operating Characteristic</i> |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SDS/PE | Secretaria de Defesa Social do Estado de Pernambuco |
| SecMulher-PE | Secretaria da Mulher de Pernambuco |
| SIH | Sistema de Informação Hospitalar |
| SIM | Sistema de Informação sobre Mortalidade |
| Sinan | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| SIS | Sistemas de Informações em Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TJPE | Tribunal de Justiça de Pernambuco |
| VIVA | Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 19 |
| 2 | REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL | 22 |
| 2.1 | RESISTÊNCIA E VOCALIZAÇÃO POLÍTICA: CONQUISTAS DO MOVIMENTO FEMINISTA CONTRA O SEXISMO E AS MÚLTIPLAS FACES DA VIOLÊNCIA | 22 |
| 2.2 | ACORDOS INTERNACIONAIS E AVANÇOS LEGAIS NO ENFRENTAMENTO DAS FORMAS DE VIOLAÇÕES CONTRA AS MULHERES | 25 |
| 2.3 | SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL E ALTERNATIVAS PARA CARACTERIZAÇÃO DO FEMINICÍDIO: TÉCNICAS DE <i>LINKAGE</i> E O USO DE FONTES COMPLEMENTARES | 29 |
| 2.4 | COMO MORRE UMA MULHER VÍTIMA DE FEMINICÍDIO?..... | 33 |
| 2.4.1 | Recorte territorial e sua interface com as mortes anunciadas e potencialmente evitáveis | 33 |
| 2.4.2 | Aspectos epidemiológicos e fatores associados à ocorrência do feminicídio | 36 |
| 2.5 | “E SE ELAS TIVESSEM DENUNCIADO?” O PAPEL DO ESTADO E OS LIMITES DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS E PROTETIVOS NO TERRITÓRIO | 39 |
| 3 | JUSTIFICATIVA | 43 |
| 4 | HIPÓTESE | 44 |
| 5 | OBJETIVOS | 45 |
| 5.1 | OBJETIVO GERAL | 45 |
| 5.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 45 |
| 6 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 46 |
| 6.1 | DESENHO E LOCAL DE ESTUDO | 46 |
| 6.2 | REDE DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA A MULHER EM PERNAMBUCO | 46 |

| | | |
|-------|---|----|
| 6.3 | ALINHAMENTO CONCEITUAL DA CATEGORIA DO FEMINICÍDIO ADOTADA | 49 |
| 6.4 | POPULAÇÃO DE ESTUDO E PERÍODO DE REFERÊNCIA | 51 |
| 6.5 | PREPARAÇÃO DAS BASES DE DADOS DA SAÚDE: SIM, SINAN E SAMU | 51 |
| 6.5.1 | SIM | 51 |
| 6.5.2 | Sinan | 51 |
| 6.5.3 | SAMU | 53 |
| 6.6 | ESTRATÉGIA DE PESQUISA | 54 |
| 6.6.1 | Objetivo a - Estimar a ocorrência dos feminicídios em Pernambuco | 55 |
| 6.6.2 | Objetivo b - Descrever características dos processos judiciais e o perfil epidemiológico dos feminicídios em Pernambuco | 61 |
| 6.6.3 | Objetivo c - Apresentar a análise espacial dos feminicídios em Pernambuco | 63 |
| 6.6.4 | Objetivo d - Identificar os fatores associados à ocorrência dos feminicídios com registros prévios de violência interpessoal em Pernambuco | 64 |
| 6.7 | CONSIDERAÇÕES ÉTICAS | 66 |
| 7 | RESULTADOS | 67 |
| 7.1 | CONTRIBUIÇÕES E LIMITES DAS DIVERSAS FONTES DE INFORMAÇÕES PARA QUALIFICAR O FEMINICÍDIO | 67 |
| 7.1.1 | Relatório detalhado de ocorrências realizado pela central metropolitana de regulação médica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – capítulo de causas externas | 67 |
| 7.1.2 | Notificações prévias de violência interpessoal e autoprovocada no Sinan | 71 |
| 7.1.3 | Busca manual em mídias noticiosas online e base processual do Tribunal de Justiça de Pernambuco | 75 |
| 7.1.4 | Consolidado dos registros de feminicídios qualificados | 77 |
| 7.2 | ANÁLISE ESPACIAL DOS FEMINICÍDIOS POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO | 79 |

| | | |
|-----|---|-----|
| 7.3 | OCORRÊNCIA DE FEMINICÍDIOS COM NOTIFICAÇÕES PRÉVIAS DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E FATORES ASSOCIADOS..... | 81 |
| 8 | DISCUSSÃO | 87 |
| 9 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 94 |
| 10 | RECOMENDAÇÕES | 96 |
| | REFERÊNCIAS | 98 |
| | APÊNDICE A - RELAÇÃO DAS VARIÁVEIS E DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS UTILIZADOS NA ROTINA DE PADRONIZAÇÃO DO <i>LINKAGE</i> PROBABILÍSTICO | 124 |
| | APÊNDICE B - DESCRIÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS UTILIZADAS PARA ANÁLISE DOS FEMINICÍDIOS NO ESTADO DE PERNAMBUCO | 126 |
| | APÊNDICE C - ANÁLISE DO PREENCHIMENTO DAS VARIÁVEIS DA FICHA DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA. PERNAMBUCO, 2011 A 2019 | 130 |
| | APÊNDICE D - RESULTADO DA ESTIMAÇÃO DE PARÂMETROS NA ROTINA DE RELACIONAMENTO DO <i>LINKAGE</i> PROBABILÍSTICO | 132 |
| | ANEXO A - CAPÍTULO XX DA 10ª REVISÃO DA CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10): RELAÇÃO DO INTERVALO DE CÓDIGOS X85 A Y34 (ADAPTADO) | 133 |
| | ANEXO B - DECLARAÇÃO DE ÓBITO | 136 |
| | ANEXO C - FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA | 137 |
| | ANEXO D - RELATÓRIO DETALHADO DE OCORRÊNCIAS REALIZADO PELA CENTRAL METROPOLITANA DE REGULAÇÃO MÉDICA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU). SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE | 139 |
| | ANEXO E - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES DA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ | 140 |

| | |
|---|------------|
| ANEXO F - CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PERNAMBUCO | 143 |
| ANEXO G - CARTA DE ANUÊNCIA SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE | 144 |
| ANEXO H - FICHA DE ATENDIMENTO. SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU). SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE | 145 |

1 INTRODUÇÃO

O feminicídio é um fenômeno decorrente da herança patriarcal machista e de estruturas sociais historicamente permeadas por relações desiguais de gênero (ILANZO *et al.*, 2018; RADFORD; RUSSEL, 1992; SEGATO, 2016). O conceito é definido como o assassinato de mulheres em contexto de violência doméstica e familiar e relaciona-se a um crime de ódio, menosprezo, dominação e posse por razões da condição do sexo feminino (JOHNSON *et al.*, 2020; MATIAS *et al.*, 2020; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012). O longo percurso de violência que antecede o feminicídio constitui a violação máxima dos direitos humanos, por desabilitar a dignidade, autonomia e liberdade das vítimas (GOMES, 2018). Portanto, é considerado um problema de ordem política, social, de saúde pública e de justiça criminal (CAMAN *et al.*, 2017; FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ; CALVETE; ORUE, 2017; MENEGHEL; PORTELLA, 2017; NAÇÕES UNIDAS, 2014).

A interface da discussão por razões de gênero ainda é recente na comunidade científica e judiciária, fato que concorre para o dimensionamento ser, por vezes, realizado por meio de indicadores indiretos de mortes por agressão (MARTINS-FILHO *et al.*, 2018; WEIL, 2016). Em consequência e, atrelado a ausência de campos que definam possíveis elementos da qualificação do crime nos sistemas de estatísticas vitais, pesquisas assumem o conceito ampliado de feminicídio e estimam que cerca de 70% dos homicídios intencionais de mulheres possuem características de sexismo (MARGARITES; MENEGHEL; CECCON, 2017; ROICHMAN, 2020). Os tipos das lesões, motivações empregadas, histórico de agressões anteriores e solicitações de amparos protetivos ao Estado são evidências suficientes para fortalecer a intencionalidade da ação (AIZPURUA, 2017; BARUFALDI *et al.*, 2017; MORESCHI *et al.*, 2016).

No mundo, estima-se a ocorrência de 66.000 homicídios intencionais de mulheres ao ano, equivalente a 17% do total de mortes por agressão com concentração nas regiões do Caribe, América Central e na América do Sul (MARGARITES; MENEGHEL; CECCON, 2017). O Brasil ocupa o 5º lugar no *ranking* de 83 países nos homicídios de mulheres (BRASIL, 2019a; WAISELFISZ, 2015). Em 2019, 3.737 residentes foram assassinadas no Brasil, o que equivale a uma taxa de homicídio de 3,5 casos por 100 mil mulheres. Apesar da redução da taxa em 17,9% em comparação com o ano anterior (4,3 casos por 100 mil mulheres), esta avaliação

deve ser ponderada pois, no mesmo período, houve o aumento de 21,6% dos registros de mortes violentas de mulheres por causa indeterminada, passando de 3.090 para 3.756, o que compromete análises de evolução e pode revelar a subnotificação de homicídios (ATLAS DA VIOLÊNCIA, 2021).

No cenário apresentado acima, as taxas mais elevadas concentraram-se nas regiões Norte e Nordeste do país e, o estado de Pernambuco alcançou uma taxa de homicídios de 4,1 casos por 100 mil mulheres, superior ao âmbito nacional. Efeitos da dinâmica geográfica local enaltecem aspectos histórico-culturais permeados pelo conservadorismo e patriarcalismo (ARBOIT *et al.*, 2018; PIMENTEL *et al.*, 2020). As relações tradicionais que assumem controle e domínio da figura feminina e maior normatização da violência, influenciam o ciclo reprovável e discriminatório que vulnerabiliza a vida das vítimas (COSTA *et al.*, 2017; JOHNSON *et al.*, 2019; SÁ *et al.*, 2021). Logo, em menor frequência ocorrem exposição das violações em consequência da contínua e silenciosa imposição da subalternidade ao papel social exercido pela mulher (BARROS *et al.*, 2021a; DICOLA; SPAAR, 2016; SANTOS *et al.*, 2021).

Apesar do feminicídio ser uma prática perversamente democrática, o perfil das vítimas expõe uma população vulnerável em grande parte dos países: jovens, negras, com baixos níveis de escolaridade e que estão inseridas em contextos de iniquidades socioeconômicas (FRANÇA *et al.*, 2017; PETROSKY *et al.*, 2017). Tendo em vista que a maior proporção dos casos é perpetrada por parceiros íntimos no âmbito domiciliar, é delineado a complexidade e invisibilidade do evento (SOUZA *et al.*, 2017). Por vezes, existe uma dependência emocional e financeira da vítima com o agressor o que, somados, constituem mecanismos que mantêm a condição de subordinação e impõem barreiras para romper o silêncio (LODETTI *et al.*, 2018; MENEGHEL *et al.*, 2017).

Em paralelo, avaliações apontam a transmissão intergeracional de violência para os filhos das vítimas que vivenciam a experiência estressora em ambiente compartilhado (CAMAN *et al.*, 2017; LYSELL *et al.*, 2016; MIEDEMA; KYAW, 2021). À exemplo, há relatos de transtorno mental grave, distúrbios alimentares, comprometimento no rendimento escolar, uso de substâncias psicoativas, ideação suicida e baixo liminar na resolução de futuros conflitos e tensões coletivas (CARNEIRO *et al.*, 2017; MAZZA *et al.*, 2021; TOPRAK; ERSOY, 2017). Este último reforça a urgente necessidade priorizar intervenções para a violência dada as

repercussões na dinâmica domiciliar, social e nas organizações intersetoriais específicas (HALL; EVANS, 2020; JUNG; CAMPOS, 2019).

Adicionalmente, o contexto brasileiro é marcado por expressivas desigualdades espaciais, fato que reflete em vazios assistenciais e fragilidades nas redes de apoio especializada no enfrentamento da violência contra a mulher (INGRAM; COSTA, 2016). Por conseguinte, as notificações de agressões interpessoais, autoprovocadas e homicídios revelam padrão de distribuição heterogêneo, o que constitui um desafio na cobertura e validade das informações de morbimortalidade (GARCIA *et al.*, 2015; LEITE *et al.*, 2017). Acrescenta-se também a inexistência de interoperabilidade entre os sistemas de informação, ou seja, habilidade de transferir e utilizar os dados de maneira eficiente, nas diversas organizações de saúde, assistência social, justiça e de segurança pública (CAICEDO-ROA *et al.*, 2019; ORELLANA *et al.*, 2019).

Como alternativa, a técnica de *linkage* de bases de dados e o acesso a fontes complementares são estratégias que contribuem no refinamento das informações de interesse à vigilância em saúde (COELI; PINHEIRO; CAMARGO JR., 2015). Na temática de violência e desfechos letais associados, por exemplo, pode repercutir na compreensão das singularidades que envolve a relação autor-vítima e reduzir a vinculação das intenções às causas comumente indeterminadas, aproximando-as da tipificação legal no processo investigatório (PIMENTEL *et al.*, 2020; SANZ-BARBERO *et al.*, 2016; IVEY-STEPHENSON; BLAIR; CROSBY, 2018). Ao conferir elementos para geração de evidências, os eventos seriam visibilizados e a conotação social do crime de gênero aplicada, aumentando o fornecimento de subsídios para tomadas de decisões em políticas públicas estruturais adequadas às diferentes realidades territoriais (BARUFALDI *et al.*, 2017).

2 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL

Foram estruturados capítulos para subsidiar a construção e análise crítica do objeto de estudo.

2.1 RESISTÊNCIA E VOCALIZAÇÃO POLÍTICA: CONQUISTAS DO MOVIMENTO FEMINISTA CONTRA O SEXISMO E AS MÚLTIPLAS FACES DA VIOLÊNCIA

O movimento feminista no Brasil tem origem no século XIX sob influência dos ideários da Revolução Francesa e refere-se a uma forma de organização coletiva que desafia, sobretudo, a ordem patriarcal (LOURO, 1997; SOUZA-LOBO, 2011). O patriarcado é uma categoria sociológica, antropológica, filosófica e política que possui raízes no processo de colonização (GSCHWENDTNER; SCHREINER, 2019). É traduzido pelo poder assimétrico destinado aos homens e que, de maneira ilegítima, domina, oprime e explora a vida de mulheres nas relações sociais (COLOMBAROLI; PRADO, 2020; COSTA, 2017). Assim, em geral, as reivindicações são pautadas na igualdade de direitos e na emancipação feminina (MATTOS; BERNARDI, 2021; SILVA, 2020).

Dividido em marcos ou “ondas” dado as especificidades do contexto social que transita, a partir de 1910, o primeiro momento foi destinado ao acesso à educação e a superação da condição passiva e submissa do exercício das mulheres: mantenedora do lar, procriação e educação dos filhos (CHEHAB, 2018; COMIN, 2021; NASCIMENTO; CRUZ, 2017). Também houve a articulação para o alcance do direito ao voto feminino, mas a consolidação ocorreu em etapa seguinte denominada como “sufragismo” ou “movimento sufragista” (LIMONGI; OLIVEIRA, SCHIMITT, 2019; PINTO, 2003). A principal expoente foi a cientista bióloga Bertha Lutz (1894-1976) que contribuiu para a fundar a Federação Brasileira pelo Progresso Feminino (FBPF) em 1922 e a realização do II Congresso Internacional Feminista em 1931, ampliando as aspirações da classe operária (BUENO, 2019; KARAWAJCZYK, 2019; LOPES, 2019).

Em meados de 1960, a segunda onda do feminismo se concretiza pela busca por direitos reprodutivos e discussões acerca da sexualidade. Com a proposição de mudanças mais radicais, as solicitações eram voltadas para a vivência da sexualidade, a vinculação do sexo por prazer, acesso ao planejamento reprodutivo e o uso da pílula anticoncepcional (DURIGUETTO; ALAGOANO, 2018; PINTO, 2003).

O discurso também foi redirecionado para a problematização das condições de opressão. Visto que, ainda que existissem a pluralidade de identidades na composição dos grupos, havia um denominador comum, privilegiado por um determinismo biológico, que acentuava as estruturas de poder e subordinação à figura feminina (LOURO, 1997).

Assim, o conceito de gênero tornou-se essencial para subsidiar as discussões e foi associado por Scott (1995) como elemento constitutivo baseado nas diferenças percebidas entre os sexos. Trata-se de um sistema de poder subsidiado pela expectativa de qualidades, identidades e comportamentos destinados para homens e mulheres. Assim, qualquer desvio das normas socialmente estabelecidas é uma refutação às convenções morais (BALBINNOTI, 2018; SAFFIOTI, 2004). A afirmação de Beauvoir (1967) “ninguém nasce mulher, torna-se mulher” é a máxima para compreender a concepção de gênero como construção social, categoria relacional e proferir análises acerca das repercussões para a vida cotidiana (MAIA, 2019).

Em caráter sistemático, as desigualdades de gênero são acentuadas pelo capitalismo e a organização sexual do trabalho (MIGUEL, 2017; ZANATTA; FARIA, 2018). Aos homens, eram destinados a participação nas atividades públicas e a centralidade nas tomadas de decisões; às mulheres, às ações de manutenção da vida (BIROLI, 2018). E, ainda que desempenhassem a mesma função e equivalência de carga horária após as conquistas trabalhistas, os vencimentos eram divergentes e a dupla jornada de trabalho era desconsiderada (GSCHWENDTNER; SCHREINER, 2019). Esses fatos podem ser atribuídos ao histórico simbólico das atividades entre os sexos, no qual a prévia “estagnação” aos papéis reconhecidos como inferiores reforçava a sujeição e desvalorização das mulheres (GOMES *et al.*, 2018; SOUSA; SIRELLI, 2018).

Atravessado o contexto do golpe militar marcado pela repressão, tortura e censuras, o período alcançou maior organização de movimentos populares e grupos de trabalho (PINTO, 2010; TELES, 1993). Destaca-se a interface do emprego de gênero como ferramenta que potencializa o reconhecimento das múltiplas formas de violações instituídas socialmente (BATISTA; LIMA, 2017; LOURO, 1997). Articulado as categorias de classe e raça, os questionamentos vinculavam a vulnerabilidade das subordinações das mulheres à maior propensão de agressões físicas, verbais, sexuais e abusos nos espaços públicos (KUZMA; NEVES; SILVA, 2017; NEVES, 2003). Assim, como desdobramento, foram criadas na década de 1980 as primeiras

delegacias de defesa das mulheres no estado de São Paulo e os setores de acolhimento, como o SOS-Mulher (PINTO, 2003).

O movimento pós-contemporâneo ou quarta onda do feminismo é caracterizada pelo atual ativismo digital para organização, conscientização e propagação dos ideais (FERREIRA, 2015). As temáticas centrais nas plataformas referem-se a cultura do estupro, a postura de enfrentamento e de recusa ao silenciamento frente a agressões (MARTINEZ, 2019). À exemplo, em 2019, o coletivo de feministas chilenas denominado *Las Tesis* realizou uma intervenção artística no Dia Internacional pela Eliminação da Violência contra a Mulher baseada nos textos da antropóloga Rita Segato (CARRASCO; BENAVENTE, 2020). A repercussão e adesão ganhou alcance mundial por meio da denúncia (O ESTRUPADOR..., 2020):

Un violador en tu camino

*El patriarcado es un juez,
Que nos juzga por nacer
Y nuestro castigo es
La violencia que no ves*

*Es feminicidio
Impunidad para el asesino
Es la desaparición
Es la violación*

Y la culpa no era mía, ni dónde estaba, ni cómo vestía

El violador eras tú

*Son los pacos
Los jueces
El estado
El presidente*

*El estado opresor es un macho violador
El violador eras tú
[...].*

A consolidação do feminismo como força política impôs a necessidade de superar a lógica patriarcal culturalmente naturalizada (VIGANO; LAFFIN, 2019). Os avanços devem assumir o protagonismo das mulheres e considerar a paridade participativa nos espaços institucionais e de poder para dar voz, visibilidade e legitimar as pautas que garantam o livre desenvolvimento de mulheres e meninas (NASCIMENTO; CRUZ, 2017). Além de readequar a divisão sexual do trabalho, autonomia financeira e empreendedorismo feminino, fundamentais para reerguer uma sociedade regulada pela igualdade e liberdade, baseada em uma nova ordem social

(CAICEDO-ROA *et al.*, 2022; COMIN, 2021).

2.2 ACORDOS INTERNACIONAIS E AVANÇOS LEGAIS NO ENFRENTAMENTO DAS FORMAS DE VIOLAÇÕES CONTRA AS MULHERES

Com o advento da elaboração do Código Civil em 1916, o ordenamento jurídico brasileiro refletia a forma em que as relações sociais estavam constituídas à época. Assim, o conservadorismo, as assimetrias de poder e a hegemonia masculina autorizaram normativas que marginalizam a atuação da mulher na vida pública bem como toleravam práticas de violação e subalternidade. À exemplo, cita-se preceitos da incapacidade às mulheres casadas, impossibilidade da dissolução da sociedade conjugal, validade aos argumentos de crime contra a honra masculina e o não reconhecimento do potencial ofensivo dos atos (AIRES, 2017). A superação da lógica do referencial masculino na operação de aspectos legais foi resultado das organizações sociais dos movimentos feministas e da consolidação da Constituição Federal (CF) de 1988, a qual atribui em seu artigo 5º a concepção da igualdade entre homens e mulheres em direitos e obrigações (BRASIL, 1988).

Transversalmente ao período de redemocratização, diversos tratados e acordos internacionais foram elaborados e buscavam problematizar, dar visibilidades as práticas discriminatórias contra as mulheres e incentivar adoções de ações afirmativas aos países signatários. Destacam-se, pelo simbolismo em reconhecer que a violência contra a mulher impede e anula o exercício de direitos fundamentais, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1979) e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher - Convenção de Belém do Pará – (1994) (OEA, 1994; NAÇÕES UNIDAS, 1979).

A institucionalização da Secretaria de Políticas para as Mulheres ocorreu em 2003 no Brasil e, sob elaboração de planejamentos conjuntos com as demais instâncias governamentais, foram definidas a valorização e a inserção das mulheres na arena socioeconômica, educacional, cultural e política do país (BRASIL, 2011). Em sequência, foram reproduzidos planos e as conferências para as mulheres nos três níveis federativos que, mediado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, subsidiavam a atuação da gestão sob o efetivo exercício da participação social. O contorno da perspectiva de gênero foi incluído na estruturação e reorganização das

políticas públicas e uma das vertentes prioritárias de atuação refere-se ao enfrentamento ampliado à violência (MARCONDES; DINIZ; FARAH, 2018).

No mesmo ano, para fins de monitoramento epidemiológico e reorganização setorial, foi introduzida a notificação compulsória da violência contra mulher com a Lei nº 10.778/2003 (BRASIL, 2003). A compreensão multifacetada dos aspectos de violências está amparada à definição de qualquer ação ou conduta que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher. Assim, toda ocorrência em ambiente doméstico, comunitário ou perpetrada pelo Estado e seus agentes deve ser retratada nos serviços públicos ou privados de saúde (BRASIL, 2003, 2016a).

Em 2004, o Brasil implantou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) com o objetivo de instrumentalizar o desenvolvimento de políticas de saúde específicas (BRASIL, 2004a). A iniciativa reflete o compromisso na melhoria das condições de vida e saúde, redução de morbimortalidades feminina e humanização na rede de atendimento (COSTA; GONÇALVES, 2019; TAVARES *et al.*, 2020). Dentre os objetivos, se propõe a promover atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. As ações são orientadas para atender quesitos de organização de redes integradas, articulação com ações de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e às violências previstas (BRASIL, 2004a).

A Portaria nº 936/2004 dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação dos núcleos estaduais e municipais para contribuir com o desenvolvimento do Plano Nacional de Prevenção da Violência. O incentivo à implementação ocorreu de forma gradual, de acordo com critérios epidemiológicos e prioridades sociais locais. Os objetivos, de uma maneira geral, perpassam sobre monitoramento, avaliação e assessoramento técnico aos estados e municípios sobre os trabalhos desempenhados; apoio aos estudos, pesquisas e ações em instituições acadêmicas e organizações sociais de relevância nacional; estímulo à melhoria da qualidade da informação e a manutenção da gestão participativa (BRASIL, 2004b).

Apesar das iniciativas acima relacionadas, o Brasil até o momento não tinha de um marco regulatório legal que abordasse com adequação sobre os mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher (MENEZES *et al.*, 2013a). Como desdobramento, um caso fatídico da cearense Maria da Penha Maia Fernandes, na qual o ex-marido é acusado de dupla tentativa de homicídio e por ter deixando-a paraplégica, resultou na denúncia do país por omissão e negligência à

Corte Interamericana de Direitos Humanos. As razões foram embasadas no descumprimento de acordos internacionais, morosidade na condução do caso e impunidade ao agressor. Após a condenação, foi ordenado ao Estado brasileiro o cumprimento de exigências de indenização à vítima e encaminhamento eficientes aos procedimentos criminares (CARONE, 2018; SEVERI; NASCIMENTO, 2019).

Também houve a recomendação da criação de políticas públicas que inibissem violações no âmbito doméstico em desfavor das mulheres. Com o advento, foi sancionada a Lei nº 11.340/2006, popularmente conhecida como Lei Maria da Penha (LMP). O novo marco jurídico definiu meios de punição aos agressores, relação dos diversos tipos de violência, medidas integradas de prevenção, implantação de equipamentos assistenciais e protetivos especializados, concessão de medidas protetivas de urgência à vítima e a promoção de programas educacionais (BRASIL, 2006). No entanto, os diferentes graus de institucionalização no território e a baixa qualificação das equipes constituem desafios para a efetiva aplicação dos mecanismos operativos (CAMPOS; GIANEZINI, 2019; PASINATO, 2015; MELLO; ROSENBLATT; MEDEIROS, 2018).

Com o aperfeiçoamento contínuo dos aspectos legais da LMP, houve desdobramentos significativos a pasta relacionados a regulamentação da Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180 (Decreto nº 7.393/2010); criação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; estabelecimento de diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (Decreto nº 7.958/2013), assim como disposições sobre o caráter de atendimento obrigatório, emergencial, integral e multidisciplinar (Lei nº 12.845/2013), redefinições no funcionamento dos serviços (Portaria MS/GM nº 485/2014) e humanização do atendimento, registro de informações e coleta de vestígios (Portaria Interministerial SPM/MJ/MS nº 288/2015) (BRASIL 2010, 2013ab, 2014, 2015b).

Em extensão, outra conquista refere-se à criação da Lei 13.104/2015, que alterou o artigo nº 121 do Código Penal brasileiro e incluiu o feminicídio como item qualificador processual, entrando no rol de crimes hediondos (BRASIL, 2015a). O reconhecimento da discriminação, opressão e violência sistemática que permeia a vida das mulheres é fundamental para eliminar do senso comum à associação do crime por razões passionais (MACHADO; ELIAS, 2018; ROICHMAN, 2020). A pena é de 12 a 30 anos de reclusão e o aumento em até 1/3 está previsto quando o crime

ocorre durante a gestação ou nos três meses posteriores ao parto, contra pessoas vulneráveis (menores, idosos ou portadores de deficiências) e na presença de descendente ou de ascendente da vítima (BRASIL, 2015a). Em 2018, o Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre Femicídio de Pernambuco, sob coordenação da Secretaria da Mulher do estado e assessoria da ONU Mulheres, publicou o Protocolo de Femicídio com vista a revisar procedimentos existentes e garantir a efetiva aplicabilidade da Lei no território de abrangência. O instrumento técnico é revisado anualmente e possui diretrizes para prevenir, investigar, processar e julgar as mortes violentas de mulheres com a perspectiva de gênero (PERNAMBUCO, 2020).

Na contramão de aspectos normativos já definidos, em 2019 ocorreram mudanças significativas na forma de enfrentamento a violência contra a mulher. A publicação da Lei nº 13.871/2019 dispõe sobre a responsabilidade do agressor ressarcir os custos relacionados aos serviços de saúde prestados pelo SUS às vítimas de violência doméstica e familiar e aos dispositivos de segurança por elas utilizados (BRASIL, 2019b). Essa alteração exime a responsabilidade do Estado na prevenção social da violência e desloca aspectos de ressocialização ao pôr em centralidade abordagens meramente punitivas (MARQUES; ERTHAL; GIRIANELLI, 2019). Além de desconsiderar o perfil economicamente carente da maioria das vítimas e, por essa razão, o agressor, por vezes, é o provedor do lar (DURAN; ERASLAN, 2019). Assim, por medo de perder a fonte de subsistência ou a de seus filhos, essa medida pode desencorajar as vítimas ao ato de denúncias e estimular, indiretamente, revitimizações e a reincidência de práticas violentas (DE MIRANDA; PREUSS, 2020; MARQUES *et al.*, 2020).

Outra modificação legal ocorreu em quesitos da notificação compulsória de casos de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados. A Lei nº 13.931/2019 determina que na apresentação de indícios ou confirmações de violações à mulher, está previsto aos profissionais de saúde ampliar a comunicação não apenas às autoridades sanitárias, como também ao seguimento policial em prazo de até 24 horas (BRASIL, 2019c). A imposição de novo fluxo de notificação equipara o sentido técnico e de política preventiva do setor da saúde à esfera criminal. Ao violar os termos de autonomia, intimidade e vida privada da mulher, a nova definição não dimensiona os riscos envolvidos no ato de compartilhamento de informações sigilosas e não garante que o enfrentamento ocorrerá de forma satisfatória. Além de promover inibição na procura de serviços assistenciais em casos de necessidades reais,

contribuindo sobremaneira para a subnotificação dos eventos.

Mais recentemente, com o objetivo de definir ações de enfrentamento a todas as formas de feminicídio, o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos do Brasil instituiu um comitê gestor intersetorial através do Decreto nº 10.568/2020 (BRASIL, 2020). Como produtos, os membros que contam com representações do Ministério da Justiça e Segurança Pública, Cidadania, Saúde e Educação, foram designados a elaborar um relatório de atividades e a minuta do Plano Nacional de Enfrentamento ao Feminicídio (BRASIL, 2021a). Esse último foi aprovado no ano de 2021 (Decreto nº 10.906/2021) e, em regime de colaboração com os demais entes federativos, destacam-se os principais eixos estruturantes do plano que devem ser aplicados: promoção de ações de conscientização sobre a violência e ampliação da denúncia; fortalecimento da gestão de informações relacionadas à temática; e garantia de direitos e assistência integral, humanizada e não revitimizadora às mulheres em situação de violência, às vítimas indiretas e aos órfãos do feminicídio (BRASIL, 2021b).

2.3 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL E ALTERNATIVAS PARA CARACTERIZAÇÃO DO FEMINICÍDIO: TÉCNICAS DE *LINKAGE* E O USO DE FONTES COMPLEMENTARES

Os Sistemas de Informações em Saúde (SIS) são instrumentos valiosos para formulação de diagnósticos situacionais, planejamento, implementação e avaliação das políticas públicas (GUIMARÃES *et al.*, 2017). No Brasil, no âmbito do SUS, os registros encontram-se disponíveis no *site* do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS) do Ministério da Saúde (MS) e os subsistemas, implantados gradativamente a partir da década de 1970, reúnem dados relativos à morbidade, assistência à saúde e estatísticas vitais (MELLO JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2010). Para a manutenção da performance dos sistemas de vigilância, avaliações reforçam que o cumprimento dos atributos quantitativos e qualitativos, neles incluídos aspectos operacionais e gerenciais dos SIS, são essenciais para compreender efetivamente a natureza e especificidades do objeto de estudo (CIELO *et al.*, 2022; COELHO NETO; CHIORO, 2021; LIMA *et al.*, 2009).

Em abordagens iniciais acerca de violência contra as mulheres e configurações de desfechos letais, o reconhecimento do evento limitava-se aos dados fornecidos

pelo Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH) e pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). No entanto, além de não captar os episódios de menor gravidade, o tratamento dos dados de maneira isolada é insuficiente para caracterizar a relação autor-vítima, circunstâncias da violência e encaminhamentos intersetoriais realizados (ABATH *et al.*, 2014; BORDONI *et al.*, 2021). Assim, em 2006 foi implantado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) com o objetivo de ampliar o acesso às informações das causas externas de morbimortalidade acerca da magnitude, tendências e impactos ocasionados (GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2007).

O VIVA é composto pelos componentes de vigilância contínua e sentinela (inquéritos periódicos) e possuem, como instrumento de coleta, a ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada e a ficha de violências e acidentes em serviços sentinela de urgência e emergência, respectivamente. A partir de 2009, ocorreu a inclusão do agravo no rol da lista nacional de notificações compulsórias e o registro passou a compor o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), de modo gradual e por adesão dos entes federativos (BRASIL, 2016a). Esses marcos são considerados simbólicos por agregar esforços para garantia da sustentabilidade da notificação de violências e por reduzir, conseqüentemente, a invisibilidade decorrente de atos discriminatórios de gênero (MALTA *et al.*, 2017; MINAYO *et al.*, 2018; PINTO *et al.*, 2021).

A notificação individual de violência interpessoal e autoprovocada deve ser realizada para qualquer caso suspeito ou confirmado das situações previstas na definição. Em 2015, houve a atualização da ficha e, atualmente, a versão conta com 69 variáveis estruturadas em 10 blocos relacionados a: 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; além de campos destinados para informações complementares e observações, referências de telefones úteis e dados do notificador (BRASIL, 2016a). O preenchimento deve ser realizado em duas vias e, ressaltado que a notificação é uma obrigação institucional e uma dimensão da linha de cuidado, cabe a gestão local prover o segmento dos casos, configurar os fluxos de referência e contrarreferência dos serviços e fornecer subsídios aos profissionais envolvidos.

Contudo, ainda que os eventos de violência possuam gravidade e magnitude ascendente, ocorrem sub-registros, inconsistências e baixa completude no preenchimento de campos da ficha de notificação, fatos que repercutem diretamente

na qualidade e no prosseguimento da investigação (CAVALCANTI *et al.*, 2020; SOUSA *et al.*, 2020). Estudo ecológico sobre a qualidade das notificações de violências no estado do Rio de Janeiro identificou que aproximadamente um terço dos casos não havia registro da classificação da violência (autoprovocada ou interpessoal) assim como foi constatado incongruência para a maioria dos campos analisados (GIRIANELLI *et al.*, 2018). Reconhecer que parcela significativa dessas falhas poderia ser solucionada com aprimoramento de programação traz à tona reflexões acerca dos interesses envolvidos no regime de produção das informações, especialmente aquelas que envolvem narrativas de gênero (CARVALHO; LAGUARDIA; DESLANDES, 2022; GIRIANELLI *et al.*, 2018).

Assim, acrescentado as limitações de interoperabilidade existente entre os SIS, o relacionamento de banco de dados ou *linkage* têm sido amplamente utilizado para complementar as informações de interesse da vigilância em saúde e refinar a qualidade e confiabilidade dos dados (FONSÊCA *et al.*, 2022; MAIA *et al.*, 2017; PERES *et al.*, 2016; TOMAZELLI; GIRIANELLI; AZEVEDO E SILVA, 2018). Devido ao baixo custo operacional, o *linkage* pode ser incluído na rotina dos setores de análise e processamento de dados das diversas áreas por meio das abordagens determinística ou probabilística. A primeira é empregada quando existe chave única correspondente que identifique o registro nas bases de dados que se deseja vincular; e a segunda, na ausência deste campo unívoco, utiliza-se métodos estatísticos e revisões manuais para estimar a probabilidade de um par de registro pertencer ao mesmo indivíduo através da análise de campo comuns menos específicos (BRUSTULIN; MARSON, 2018; COELI; PINHEIRO; CAMARGO JUNIOR, 2015).

Nas publicações internacionais destacam-se a relevância das aplicações do *linkage* em análises situacionais de forma macroestrutural. A associação com a mineração de texto e *deep learning* em registros policiais e da saúde constatou a possibilidade de utilização desses métodos para previsão e gestão de conflitos em violência doméstica e familiar (KARYSTIANIS *et al.*, 2021). E, em estudo de corte realizado em Queensland na Austrália, foi identificado que o custo da violência por parceiro íntimo durante a gravidez e pós-parto nos setores ambulatoriais, de emergência e internação foi 20% maior quando a violação foi relatada (CALLANDER *et al.*, 2021).

No Brasil, as produções têm contribuído na rotina dos setores técnicos da vigilância epidemiológica e na ampliação das possibilidades de pesquisas em saúde.

Em 2014, no estado do Rio de Janeiro, a reclassificação das causas externas de intenção indeterminada a partir do relacionamento de dados institucionais e busca de circunstâncias qualificadoras aumentaram a relevância das agressões no perfil de mortalidade local (LOPES *et al.*, 2018). E, demais pesquisas que buscaram analisar os homicídios intencionais de mulheres e feminicídios com notificação prévia de violência, revelaram a magnitude do evento, fatores de risco associados, caracterização do perpetrador e aspectos da violência (BARROS *et al.*, 2021b; BARUFALDI *et al.*, 2017; PIMENTEL *et al.*, 2020; PINTO *et al.*, 2021).

Adicionalmente, o uso de fontes complementares de informação tem agregado importantes contribuições para dar visibilidade ao fenômeno. À exemplo, coorte retrospectiva realizada em uma província canadense, utilizou dados da justiça, saúde e do serviço social para analisar lesões intencionais e mortes violentas após violência por parceiro íntimo. Os achados identificaram que, para as vítimas cujos parceiros acusados estavam em liberdade condicional, instrumento de sentença reabilitatória, o risco de internação por lesão subsequente foi reduzido à metade (NESCA *et al.*, 2021). O alcance de conteúdos relacionados a tendências, padrões e estratégias de enfrentamento aos homicídios e feminicídios também foi possível em avaliações que utilizaram dados de boletins de ocorrência policial e da vigilância de imprensa jornalística (FORNARI *et al.*, 2021; MIRANDA *et al.*, 2020; NUR, 2021; OJEDOKUN; TADE; ADERINTO, 2021; ORELLANA *et al.*, 2019).

No entanto, para além das especificidades operacionais relacionadas dos SIS e dos avanços no reconhecimento da função social e epidemiológica das demais fontes de informação, os aspectos organizacionais envolvidos no registro dos casos também devem ser considerados. Os motivos atrelados ao subregistro e subnotificação podem estar associados a lacunas na estrutura curricular dos profissionais de saúde, a baixa percepção da notificação como instrumento de gestão em políticas públicas e o medo de retaliação (ARBOIT; PADOIN; VIEIRA, 2020; GASPAR; PEREIRA, 2018; LEITE; FONTANELLA, 2019). Acrescenta-se também a persistência de julgamentos de valores de que a violência pertence a esfera privada dos envolvidos (ACOSTA *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2018). Esse ideário deve ser urgentemente resignificado, especialmente pelos agentes de saúde, visto que o modo de compreender as violações influencia na forma de detecção e enfrentamento (AMARIJO *et al.*, 2018; LAWRENZ *et al.*, 2018; TEOFILO *et al.*, 2019).

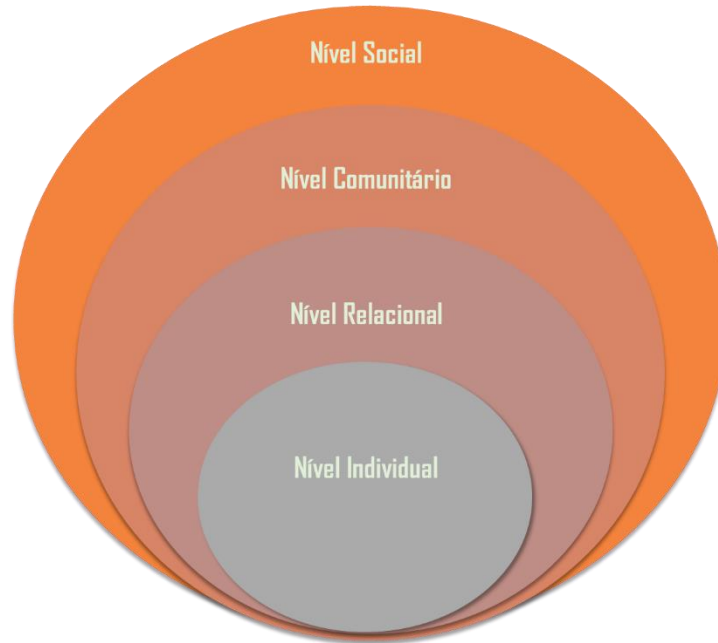
2.4 COMO MORRE UMA MULHER VÍTIMA DE FEMINICÍDIO?

Este capítulo está organizado em duas partes que abrangem a compreensão da dinâmica territorial e os aspectos epidemiológicos associados à ocorrência do feminicídio.

2.4.1 Recorte territorial e sua interface com as mortes anunciadas e potencialmente evitáveis

Para obter a compreensão da violência de gênero, torna-se inerente admitir o caráter multifatorial e complexo do evento, o qual exige frentes intersetoriais de enfrentamento (HEISE, 1999). O modelo ecológico feminista (Figura 1), publicado no Protocolo Latino-Americano de Investigação das Mortes Violentas de Mulheres Por Razões de Gênero (femicídio/feminicídio), adota uma lógica concêntrica de ordenamento dos fatores que convergem para o risco de violência (NAÇÕES UNIDAS, 2014). Os agrupamentos ocorrem em quatro níveis sobrepostos de causalidade relacionados à dimensão individual (fatores biológicos e antecedentes pessoais de tipo social), relacional (configurações de comportamentos/relacionamentos interpessoais), comunitário (fatores estruturais que afetam os ambientes cotidianos em que as relações de poder se desenvolvem) e social (sistemas sociais, econômicos e políticos).

Figura 1 - Esferas de análise do modelo ecológico feminista



Fonte: Protocolo Latino-Americano de Investigação das Mortes Violentas de Mulheres por Razões de Gênero - femicídio/feminicídio (NAÇÕES UNIDAS, 2014).

Assim, para analisar como essas violações são reproduzidas no contexto territorial, a discussão deve ser orientada pelos pilares da determinação social e especificidades do processo de urbanização. Trata-se de conceitos fundamentais para revelar como as diferenças regionais, de renda, gênero e raça se articulam, além de implicar o discurso para maior responsabilização do Estado (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018; MALTA *et al.*, 2021; WANZINACK; MÉLO, 2021). Os espaços desiguais, segregados e excludentes são resultantes da organização social e refletem os níveis de desenvolvimento e de saúde local (SANTOS, 2018; ZECHIN; HOLANDA, 2019). A concentração da pobreza, precariedade do mercado de trabalho, baixas progressões em aspectos educacionais e fragilidades no acesso à setores culturais, de assistência social, segurança pública e de saúde são rotas críticas que acentuam a informalidade, criminalidade e violência (HALL; EVANS, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2019; SÁ, 2019).

Com a utilização de ferramentas de análise espacial para compreender a ocorrência de eventos em saúde, é possível identificar padrões de distribuições geográficas, áreas de risco e suas relações com fatores epidemiológicos, socioeconômicos, demográficos e ambientais. A execução de técnicas de

geoprocessamento, geoestatística, análise de padrões pontuais e de áreas possibilita a visualização, análise exploratória e modelagem dos dados (BRASIL, 2007; MEDRONHO *et al.*, 2009). Para avaliação da autocorrelação espacial, o índice de Moran global e decomposições têm sido frequentemente utilizado para subsidiar intervenções e formulações de políticas públicas, sobretudo por ampliar a discussão acerca da dependência espacial dos fenômenos, os quais, por vezes, não ocorrem de maneira isolada (LUZARDO; CASTAÑEDA FILHO; RUBIM, 2017; SHI; ZHAO; LI, 2020).

Diversas pesquisas com abordagem espacial da violência avaliaram desigualdades e vulnerabilidades em indicadores de saúde, variabilidade, preditores de risco e aspectos epidemiológicos das ocorrências (AMEGBOR *et al.*, 2021; KHAN; HUSSAIN, 2020; FONSECA-RODRÍGUEZ; SEBASTIÁN, 2021; SEID; MELESE; ALEMU, 2021). Uma análise exploratória de dados espaciais identificou que a desigualdade de renda, captada pelo coeficiente de Gini, foi a variável mais relevante para explicar as altas taxas de homicídios na região Nordeste do Brasil (PLASSA; PASCHOALINO; SANTOS, 2019). Este reconhecimento também é corroborado em avaliação longitudinal realizada em uma cidade no sul da Espanha, a qual constatou que o alto risco de violência por parceiros íntimos pode se tornar crônico em bairros desfavorecidos, sensíveis, por exemplo, à pobreza, elevada mobilidade residencial e criminalidade (GRACIA *et al.*, 2021).

O desenvolvimento de modelo multivariado para análise de crimes, conexão entre as diferentes formas de operacionalização e a interrelação com o espaço é fundamental para alcançar a perspectiva de como a violência transversaliza a vida das mulheres (VICENTE; GOICOA; UGARTE, 2021). À exemplo, em um estado onde há a predominância da cultura patriarcal, foi observado autocorrelação espacial e aumento de feminicídios em locais em que a autoridade no ambiente familiar era exercida pela mulher (SÁ *et al.*, 2021). Outro estudo de caso-controle identificou a distribuição espacial do risco de feminicídio em Campinas, São Paulo e, as condições da vítima ser procedente de outro estado e ter sofrido violência pelo parceiro íntimo nos últimos 30 dias, foram significativamente associadas a maior probabilidade de ocorrência do desfecho (CAICEDO-ROA; CORDEIRO; BANDEIRA, 2022).

2.4.2 Aspectos epidemiológicos e fatores associados à ocorrência do feminicídio

A OMS publicou estimativas atualizadas referentes ao período de 2000 a 2018 sobre a violência generalizada contra as mulheres ao redor do mundo. Os dados revelam que o cenário permanece inalterado: uma em cada três mulheres, cerca de 736 milhões, são vítimas de violência. As mulheres em idade reprodutiva são as mais acometidas pelas agressões do tipo física e/ou sexual por parceiros íntimos. E, diante de contextos de origem heterogêneos, estima-se que 37% daquelas residentes em países mais pobres podem admitir a reprovável relação de uma em cada duas mulheres serem afetadas ao longo da vida. As maiores taxas de prevalência concentram-se nas sub-regiões da Oceania, Sul da Ásia e África Subsaariana, variando de 33% a 51% ao passo que as menores foram registradas na Europa (16-23%), Ásia Central (18%), Leste Asiático (20%) e Sudeste Asiático (21%) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021). Em 2020, segundo informações do Observatório de Igualdade de Gênero, em 26 países localizados na América Latina e Caribe foram totalizados cerca de 4.091 feminicídios e as taxas mais altas (por 100.000 mulheres) corresponderam a Honduras (4,7), República Dominicana (2,4) e El Salvador (2,1) (CEPAL, 2021). Cabe destacar que neste período, em virtude do surgimento do novo coronavírus (SARS-CoV-2), foi declarada Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional e a acentuação dos cenários de vulnerabilidade foi prevista pela comunidade científica (MALTA *et al.*, 2021; MEINHART *et al.*, 2021; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020).

No Brasil, em 2021, houve aumento significativo da violência (ameaça, lesão corporal dolosa, assédio e importunação sexual), tentativas de feminicídios, chamamentos de emergência e concessões de medidas protetivas de urgência. Foram registrados 3.878 homicídios intencionais (3,6 por 100 mil mulheres) e 1.341 feminicídios (1,2 por 100 mil mulheres); e, avaliações complementares endossam que a incidência é maior nas capitais, nos municípios com maior densidade populacional e naqueles fronteiriços (ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2022; MENEGHEL *et al.*, 2017; MENEGHEL *et al.*, 2022; WANZINACK *et al.*, 2020). Em comparação com o ano anterior, os estados que apresentaram maior variação nas taxas de feminicídio concentraram-se, predominantemente, nas regiões do Norte e Nordeste. Em Pernambuco, foram qualificados 86 feminicídios (1,7 por 100 mil

mulheres), correspondendo a 37,4% do total de homicídios (ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2022).

O perfil das vítimas é comum e está associado a uma população em desvantagem social na maior proporção das ocorrências (LOLAYEKAR; DESOUZA; MUKHOPADHYAY, 2022; MEIRA *et al.*, 2021; MENEGHEL; PORTELLA, 2017; SANTAMARÍA *et al.*, 2019). Também denominado como segmentos minoritários, as mulheres atendem a características de raça/cor negra, baixo nível socioeconômico, comunidade LGBTQIA+ (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, *queer*, intersexo, assexuais, e demais orientações sexuais), trabalhadoras do sexo, migrantes de países periféricos e residentes de território dominados pelo tráfico, cenários permeados por transitoriedade e invisibilidade (BENEBO; SCHUMANN; VAEZGHASEMI, 2018; JOVANOVSKI; TYLER, 2018; MEMIAH *et al.*, 2018).

Acerca da tipificação, de maneira geral, o feminicídio pode ser classificado segundo as categorias de análise listadas abaixo, mas modalidades sujeitas ao meio e as características do crime também podem ser consideradas (exemplo: por tráfico de pessoas, por prostituição ou ocupação estigmatizada, em decorrência de mutilação genital feminina, sexual sistêmico, transfóbico, lesbofóbico, racista etc) (BRASIL, 2016b; PERNAMBUCO, 2020):

- Íntimo: quando o autor do crime é o atual ou ex-companheiro da vítima com o qual havia algum tipo de relacionamento ou extraconjugal, além daqueles praticados por um membro familiar;
- Não íntimo: quando o autor do crime e a vítima não possuíam qualquer ligação familiar, de convivência ou de relacionamentos;
- Por conexão: vítimas assassinadas por estarem na “linha de fogo” de um perpetrador que pretendia matar outra mulher.

Os tipos das lesões denotam a misoginia e o uso desproporcional da força, sendo as regiões que remetem a feminilidade como face, cortes no cabelo e partes íntimas as mais acometidas (MAIA, 2019; MARINHO NETO; GIRIANELLI, 2020; MAYRINK *et al.*, 2020). Os meios utilizados incluem perfurações por arma de fogo, enforcamento e o uso objetos contundentes diversos como arma branca, foice, canivetes, chaves de fenda, entre outros (DAVID *et al.*, 2020; PINTO *et al.*, 2021; SPENCER; STITH, 2018). Estudo desenvolvido na cidade de Turim, localizada no

norte da Itália, objetivou analisar a violência contra a mulher e como ela se intensifica a ponto de se agravar até o feminicídio. Por meio de uma revisão retrospectiva do período de 1970 a 2016 realizada no banco de dados do Instituto de Medicina Legal e do Arquivo da Morgue Central, foi constatado que quando a vítima conhecia seu agressor, o risco de ser morta com brutalidade e exagero, era cerca de cinco vezes maior do que quando assassinada por um estranho (ZARA; GINO, 2018).

Os fatores que ampliam circunstancialmente o risco de morte por razões de sexismo referem-se à disponibilidade de armas de fogo no domicílio, repetidos episódios de violências e baixa percepção de situações de risco pelas vítimas (BARROS *et al.*, 2021b; MASCARENHAS *et al.*, 2020; TU; LOU, 2017; VYAS; JANSEN, 2018). Em relação ao autor da violência, modelagem espacial estruturada e o mapeamento da violência doméstica contra mulheres em idade reprodutiva em Ruanda identificou o efeito exercido pela idade, nível de escolaridade, múltiplas parcerias e o uso de álcool e outras drogas (HABYARIMANA; ZEWOTIR; RAMROOP, 2021). O medo e a submissão das vítimas também são fatores relevantes na determinação de experiência de agressões e, quando submetidas às medidas protetivas, residir quando em um raio de 30km ou mais de distância do agressor reduziu praticamente a zero o descumprimento desse mecanismo legal (AMUSA; BENGESAI; KHAN, 2020; BENCH; ALLEN; DOUGLAS, 2021).

Nesse contexto, os serviços de saúde são equipamentos cruciais, sobretudo àqueles de caráter de emergência, visto que são as principais “portas de entrada” em situação de violência (VIVES-CASES *et al.*, 2016). Avaliação que buscou analisar o percurso realizado pelas vítimas de feminicídio na região de Piemonte, localizada no noroeste da Itália, identificou que nos 24 meses antecedentes ao desfecho fatal cerca de 50% das mulheres já haviam dado entrada em uma unidade hospitalar com histórico de violações (MAMO *et al.*, 2015). Dessa forma, é evidente a relevância dos atores envolvidos no acolhimento inicial, assim como o redirecionamento oportuno para os demais equipamentos da rede assistencial e protetiva do território (MARINHO NETO; GIRIANELLI, 2020). O entendimento de que os intervalos entre os episódios de agressões se abreviam e, a cada recidiva, o risco de morte da mulher violentada aumenta, devem ser enaltecidos e multiplicados nesses espaços (DAWSON; PISCITELLI, 2017).

A utilização de ferramentas de análise para avaliar riscos de recorrências de agressões e tentativas de feminicídios nas redes assistenciais e protetivas, seria uma

alternativa útil para identificar precocemente as situações de vulnerabilidade (WILLIAMS; STANSFIELD; CAMPBELL, 2022; YOUNGSON *et al.*, 2021). No entanto, não há o reconhecimento sistemático desta prática em países de baixa e média renda, os quais, em sua maioria, são os mesmos que lideram o *ranking* de criminalidade e desigualdade de gênero (MESSING *et al.*, 2020). Estudo realizado na Casa da Mulher Brasileira localizada na capital do estado de Mato Grosso, implantou o instrumento “Avaliação de Perigo-Brasil”, mas ainda necessita obter validação nacional. Foi constatado elevada aceitação, compreensão e viabilidade pelos profissionais participantes, os quais referiram, sobretudo, que a utilização apoiou na tomada de decisão e na realização de encaminhamentos assertivos em busca de garantir a proteção da integridade da vítima (EVANS *et al.*, 2021).

2.5 “E SE ELAS TIVESSEM DENUNCIADO?” O PAPEL DO ESTADO E OS DESAFIOS DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS E PROTETIVOS NO TERRITÓRIO

O papel do Estado no enfrentamento de violência contra a mulher é reforçado diante do avanço constitucional, em marcos regulatórios e na estruturação de redes intersetoriais (VIGANO; LAFFIN, 2019). O discurso do senso comum e midiático voltado para a culpabilização da vítima pelo não proferimento da denúncia ou mesmo a remoção do registro, desconsidera a complexidade que envolve o agravo, as falhas dos equipamentos públicos na prevenção e na identificação de situações de risco e os desafios da intersectorialidade (ALMEIDA; TOLENTINO, 2020; D’OLIVEIRA *et al.*, 2020; SOUZA, 2018; TOMÉ; LOURENÇO; TORRES, 2020). Além de contribuir para a expectativa simplória e unitária de resolução, argumentos que não reconhecem o longo percurso de peregrinação e de risco que a mulher poderá estar submetida.

A insuficiência e distribuição não equânime dos serviços assistenciais e protetivos é uma realidade no território do Brasil (COSTA *et al.*, 2017; PEROVA; REYNOLDS, 2017). Existem diferenças inter-regionais que repercutem no acesso das vítimas a centros de atendimento multidisciplinar em saúde, casas-abrigos, núcleos de defensoria pública e delegacias especializadas (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2020; MENEGHEL; PORTELLA, 2017). Acerca desse último, segundo a Pesquisa de Informações Básicas Municipais realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2018, apenas 8,3% dos municípios brasileiros

contavam com o dispositivo e admitiam, em algumas localidades, a limitação de horários de funcionamento em tempo integral, aos finais de semana e feriados (IBGE, 2019a; MACHADO *et al.*, 2020).

Outro fator refere-se à persistência de círculos viciosos entre violência interpessoal e violência institucional que aumentam os obstáculos para garantia da operacionalização dos recursos existentes (LANHAM *et al.*, 2019; SOARES; LOPES, 2018). Não raro, ocorre a baixa valorização de relatos, revitimização, julgamento da real necessidade de solicitação de medidas protetivas de urgência pelos operadores de segurança pública e morosidade na condução e tratamento judicial (CAMPOS, 2017; CHAI; SANTOS; CHAVES, 2018). Estudo realizado em Porto Alegre (RS) utilizou a teoria do patriarcado e a análise crítica do discurso na leitura de relatório final de inquéritos policiais categorizados como feminicídios. Os achados foram condizentes com omissões e narrativas que desqualificavam a vida das vítimas (MENEGHEL *et al.*, 2013b).

Inicialmente, foi constatado divergências, sem justificativas, do quantitativo de inquéritos instaurados em comparação com o total de homicídios por agressão informados pelo setor da saúde no período correspondente. Também foi identificado a precariedade no preenchimento de dados de identificação das vítimas e autores, o que conduziu para o encerramento dos casos devido a insuficiência de elementos que possibilitassem a segmento do processo investigatório (MENEGHEL *et al.*, 2013b). Dessa forma, o fluxo de encaminhamento para o ministério público e setor judiciário não ocorre, contribuindo para a tolerância estatal acerca da invisibilidade de possíveis crimes de gênero.

Em 2012, com a finalidade de investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei, foi instaurada uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI). O grupo de trabalho realizou audiências públicas e sessões deliberativas em todos os estados com governadores, gestores de serviços específicos, especialistas no tema e organizações do movimento de mulheres. Após o diagnóstico situacional, foram proferidas recomendações às governanças locais, poder judiciário, ministério e defensoria pública. Os resultados significativos contribuíram para a elaboração de diversos projetos de leis, dentre os quais, a tipificação do feminicídio, atualmente consolidado. Por fim, o relatório expõe

casos emblemáticos não solucionados à época, os quais acentuam sentimento de impunidade e descrença nos equipamentos públicos (SENADO FEDERAL, 2013).

Observado as lacunas existentes e a urgente necessidade de superação, o Estado deve priorizar, concomitantemente, ações que garantam a reparação histórica das relações de sociabilidade nas diversas realidades territoriais. A educação é um instrumento potencial para modificar estruturas e padrões comportamentais, especialmente aqueles voltados às hierarquias de poder (BRANDÃO; LOPES, 2018; SILVA; COSTA; MULLER, 2018). Ao elevar o interesse social, político e público acerca da temática do feminicídio, será possível observar maior empoderamento dos indivíduos para a identificação precoce das situações de risco, formação de redes de apoio e a redução da tolerância contra práticas discriminatórias.

Existem diversas iniciativas nas unidades federativas em formatos de ação, projeto ou programa sobre “Lei Maria da Penha vai à escola”. Através de metodologias pedagógicas, a proposta é apresentar aos acadêmicos e docentes da rede pública e privada de ensino, os marcos legais, conceitos, cenários e os serviços responsáveis no enfrentamento à violência contra mulher (ALBUQUERQUE, 2020). Ao despertar o debate, reflexão e esclarecimento de dúvidas, a intervenção alcança impacto significativo na formação de nova consciência crítica, ética e moral dos jovens. Também contribui para transformá-los em agentes modificadores de realidade e combater modelos de educação sexistas (KUZMA; NEVES; SILVA, 2017).

A abordagem educacional para os autores de violência também está prevista nas disposições finais da LMP, conforme trechos abaixo (BRASIL, 2006):

Art. 35. A União, o Distrito Federal, os Estados e os Municípios poderão criar e promover, no limite das respectivas competências:

[...]

V - Centros de educação e de reabilitação para os agressores.” e;

“Art. 45. O art. 152 da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal), passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 152.

Parágrafo único. Nos casos de violência doméstica contra a mulher, o juiz poderá determinar o comparecimento obrigatório do agressor a programas de recuperação e reeducação. (NR).

Os centros de recuperação e reeducação adotam a formação de grupos reflexivos para os agressores encaminhados sob determinação judicial para atender condicionantes de suspensão do processo, cessação ou transição penal ou limiar de soltura. Também denominado como espaços de convivência, a mediação ocorre através de uma equipe técnica que objetiva estimular a autoconsciência e responsabilização dos perpetradores frente ao ato praticado (BRASIL, 2006). A condução transita por aspectos da compreensão da construção social da violência, tipos e meios frequentemente utilizados. Por fim, espera-se a adoção de novas posturas na existência de futuros conflitos interpessoais e a percepção alcançada de que toda manifestação de violência fragiliza direitos humanos e as regras de bom convívio social (BILLAND; PAIVA, 2017). Pesquisa avaliativa indicou que integrantes de grupos reflexivos apresentam baixas recidivas processual o que, somado a outros avanços ainda necessários intersetorialmente, podem contribuir para o surgimento de relações equitativas de gênero (VASCONCELOS; CAVALCANTE, 2019).

3 JUSTIFICATIVA

A mudança no rumo da política brasileira observada desde o golpe de Estado em 2016, têm tolerado o discurso pautado no machismo, misoginia, racismo, conservadorismo e fundamentalismo religioso em detrimento à priorização de pautas progressistas com conteúdo de responsabilidade social. Com o esvaziamento de prioridades na formulação de políticas públicas para preservar os direitos conquistados das mulheres, os riscos às populações mais vulneráveis, à exemplo das negras e pobres, se sobrepõem e os impactos relacionais, econômicos, epidemiológicos e organizativos da rede de atenção são desconsiderados. Acrescenta-se ainda que a manutenção desse cenário fragiliza o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável estabelecidos pela Assembleia Geral das Nações Unidas que propõe, dentre outras medidas, avanços na igualdade de gênero, redução das desigualdades e a promoção de paz e justiça.

É notória a necessidade de resgatar a centralidade da produção científica para abordar a complexidade que envolve as diversas faces da violência e os fatores que reproduzem mortes precoces e injustas de mulheres. Além de evidenciar a necessidade de superar as fragilidades na interoperabilidade dos dados da Secretaria de Defesa Social do Estado de Pernambuco (SDS/PE) com os diversos sistemas de informações existentes nas áreas da saúde, assistência social, judiciário, entre outros. Assim, em termos gerais, caracterizar o feminicídio incluindo a identificação de fatores associados à sua ocorrência e a análise de padrões espaciais é igualmente importante para subsidiar a formulação de políticas públicas com vistas a reduzir as iniquidades e garantir o direito fundamental à vida.

4 HIPÓTESE

A qualificação dos registros de homicídios intencionais e eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada de mulheres permite estimar o feminicídio, assim como analisar contextos geográficos específicos e os fatores associados à sua ocorrência no estado de Pernambuco.

5 OBJETIVOS

Abaixo foram relacionados os objetivos propostos para este estudo.

5.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar os aspectos epidemiológicos dos feminicídios ocorridos em Pernambuco no período de 2016 a 2019.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Estimar a ocorrência dos feminicídios em Pernambuco;
- b) Descrever características dos processos judiciais e o perfil epidemiológico dos feminicídios em Pernambuco;
- c) Apresentar a análise espacial dos feminicídios em Pernambuco;
- d) Identificar os fatores associados à ocorrência dos feminicídios com registros prévios de violência interpessoal em Pernambuco.

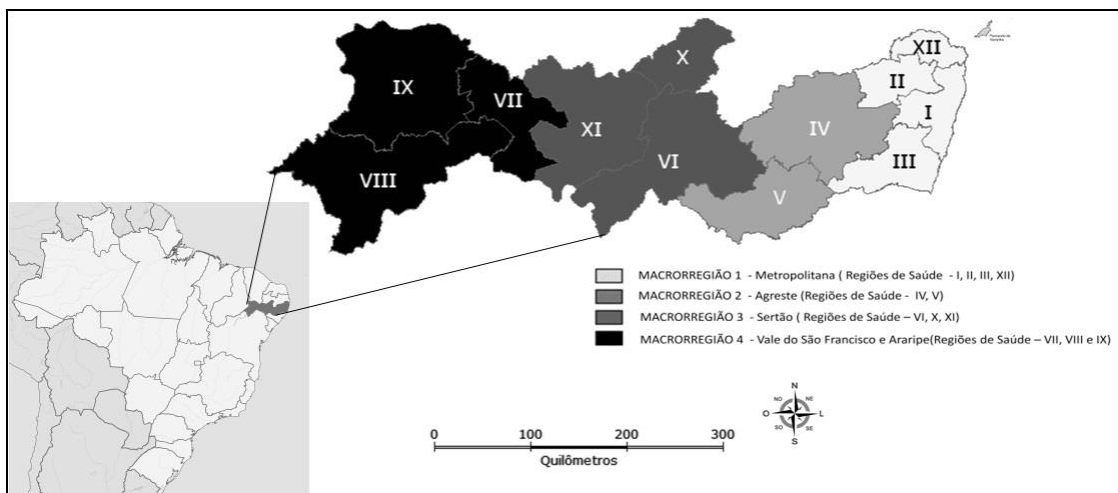
6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta etapa foi sistematizada em subseções para obter uma melhor compreensão do percurso metodológico empregado para execução do estudo.

6.1 DESENHO E LOCAL DE ESTUDO

Trata-se de um estudo ecológico realizado no estado de Pernambuco, situado na região Nordeste do Brasil. Administrativamente, possui 184 municípios e o arquipélago de Fernando de Noronha, os quais encontram-se agrupados em quatro macrorregiões (Metropolitana, Agreste, Sertão e Vale do São Francisco e Araripe) e 12 regiões de saúde (Figura 2). A área abrange uma extensão territorial de 98.076,021 km² e em 2019 foi estimada uma projeção de 9.557.071 habitantes, sendo 52,0% equivalente à população feminina (IBGE, 2019b).

Figura 2 - Desenho da regionalização por macrorregiões de saúde do estado de Pernambuco



Fonte: Adaptado de Pernambuco (2011).

6.2 REDE DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA A MULHER EM PERNAMBUCO

O estado de Pernambuco, em consonância com as diretrizes de proteção aos direitos humanos das mulheres, vem expandindo e estruturando os serviços de atendimento às mulheres em situação de violência. A rede é composta por instituições

e serviços governamentais, não governamentais e a comunidade que desenvolvem ações integradas para alcançar a manutenção de direitos, responsabilização dos perpetradores e prestação de assistência qualificada e resolutiva às vítimas. Atualmente o território dispõe de 658 dispositivos, distribuídos em suas especificidades conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Relação dos serviços de enfrentamento à violência de gênero contra a mulher por macrorregião de Pernambuco

| Tipo de serviço | Macrorregião de saúde | | | | Total |
|--|-----------------------|------------|-----------|---------------------------------|------------|
| | Metropolitana | Agreste | Sertão | Vale do São Francisco e Araripe | |
| Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher | 7 | 2 | 1 | 1 | 11 |
| Organismo Municipal de Políticas para as Mulheres | 72 | 53 | 35 | 25 | 185 |
| Organismo Estadual de Políticas para as Mulheres ^(a) | 1 ^(b) | - | - | - | 1 |
| Centro Especializado de Atendimento à Mulher em Situação de Violência | 22 | 11 | 2 | 2 | 37 |
| Vara de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher | 8 | 1 | - | 1 | 10 |
| Núcleo de Apoio à Mulher do Ministério Público ^(a) | 1 ^(b) | - | - | - | 1 |
| Defensoria Pública Especializada na Defesa da Mulher em Situação de Violência | 1 | - | - | - | 1 |
| Coordenadoria da Mulher do Tribunal de Justiça de Pernambuco ^(a) | 1 ^(b) | - | - | - | 1 |
| Unidade de Saúde voltada para o Atendimento a Mulheres Vítimas de Violência Doméstica, Familiar e/ou Sexual / Aborto Previsto em Lei | 7 | 1 | 2 | 2 | 12 |
| Unidade da Polícia Científica (perícia traumatológica e sexológica) | 3 | 2 | 2 | 2 | 9 |
| Conselho Municipal dos Direitos da Mulher | 40 | 18 | 15 | 14 | 87 |
| Conselho Estadual dos Direitos da Mulher ^(a) | 1 ^(b) | - | - | - | 1 |
| Núcleo de Estudos de Gênero e Enfrentamento da Violência contra a Mulher | 162 | 30 | 20 | 15 | 227 |
| Rede de Casas-abrigo (Serviço de Proteção da Secretaria da Mulher de Pernambuco) ^(c) | - | - | - | - | 4 |
| Centro de Monitoramento Eletrônico de Reeducandos ^(a) | 1 ^(b) | - | - | - | 1 |
| Central Estadual de Apoio e Acompanhamento de Penas e Medidas Alternativas | 1 | 4 | - | - | 5 |
| Patronato Penitenciário ^(a) | - | 2 | - | 1 | 3 |
| Centro Estadual de Apoio às Vítimas de Violência ^(a) | 1 ^(b) | - | - | - | 1 |
| Centro Estadual de Combate à Homofobia ^(a) | 1 ^(b) | - | - | - | 1 |
| Núcleos Territoriais da Secretaria de Políticas de Prevenção à Violência e às Drogas ^(d) | 50 | 5 | - | 4 | 59 |
| Ouvidoria da Mulher – Central de Teleatendimento Cidadã Pernambucana ^(e) | 1 ^(b) | - | - | - | 1 |
| Total Geral^(f) | 381 | 129 | 77 | 67 | 658 |

Fonte: Pernambuco (2020); atualizações fornecidas em 09/03/2021 pela ouvidoria da Secretaria da Mulher de Pernambuco (SecMulher-PE).

Notas: a. Referência estadual; b. refere-se à localização da sede; c. a informação do endereço é de caráter sigiloso; d. refere-se ao quantitativo de localidades cobertas; e. serviço de teleatendimento; f. não inclui a contagem da Rede de Casas Abrigo - serviço de proteção da SecMulher-PE.

6.3 ALINHAMENTO CONCEITUAL DA CATEGORIA DO FEMINICÍDIO ADOTADA

Este estudo foi orientado pelos preceitos da equiparação legal, no entanto, adotou um conceito ampliado amparado pelos referenciais teóricos, os quais consideram os homicídios femininos como indicador aproximado, ou seja, um *proxy* dos eventos de feminicídio (DAVID *et al.*, 2020; MARTINS-FILHO *et al.*, 2018; MENEGHEL; PORTELLA, 2017; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012). Isso se deve à ausência de campos específicos, baixa padronização dos registros e a insuficiência de mecanismos de integração dos diferentes sistemas oficiais de informações, o que dificulta a catalogação, o mapeamento, a compreensão das características e o contexto de produção dos crimes por razões de gênero. À exemplo, destaca-se o não deferimento e/ou retorno oportuno à solicitação de acesso aos dados da Secretaria de Defesa Social e do Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco para subsidiar a realização deste estudo (Quadro 2).

Ressalta-se que o conceito utilizado não superestimou a mortalidade por esse evento em virtude da compensação ocasionada pela subnotificação ou diagnósticos mal definidos de agressões em mulheres. Além disso, admitido como referência o registro de homicídios e de causas indeterminadas de mortes de mulheres no SIM, foi estabelecido etapas de buscas em diferentes bases de dados para reconhecer as evidências de feminicídio, selecionando, assim, os registros elegíveis sob a categoria de análise de interseccionalidade como marcador de diferença social.

Quadro 2 - Situação sobre a solicitação de acesso à informação via ouvidoria aos órgãos da Secretaria de Defesa Social e Tribunal de Justiça de Pernambuco para subsidiar a análise dos feminicídios ocorridos no estado

| Órgão | Objetivo | Variáveis essenciais ^(a) solicitadas | Data de requerimento | Retorno à solicitação | Resposta | Houve inserção de recurso à decisão? |
|-----------------------|---|---|----------------------|-----------------------|---|--|
| SDS/PE ^(b) | Identificar dados do boletim de ocorrência policial (autor da violência, motivação informada, históricos de denúncias anteriores etc); e notificações de homicídios de mulheres nas delegacias especializadas | Nome da vítima; data de nascimento; município de residência e nome da mãe | 30/11/2020 | 01/12/2020 | Solicitação indeferida. Fundamentação da decisão nas premissas e dispositivos legais: 1. Lei Federal nº 12.527/2011 - Lei de Acesso à Informação - (art.: 3º, 6º, 31º e 32º); 2. Lei Estadual (Pernambuco) nº 14.804/2012 - Regula o acesso a informações, no âmbito do Poder Executivo Estadual, e dá outras providências - (art. 17º); 3. Lei Federal nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados - (art. 7º e 11º). | Sim. Manifestação finalizada em 18/01/2021. |
| TJPE ^(c) | Verificar a existência de solicitação anterior de amparo protetivo ao Estado; e se a qualificadora do feminicídio foi empregada no julgamento dos casos | | 07/12/2020 | 29/04/2022 | O Comitê para Prestação de Serviço de Informações ao Cidadão informou que as informações solicitadas não estão inseridas em banco de dados único, mas sim em cada processo individual. Assim, foi fornecido o número dos processos únicos que possuem como assunto “feminicídio” ^(d) , a relação dos órgãos julgadores e a situação de tramitação para consulta manual pela pesquisadora, dado que o acesso é de domínio público através do <i>site</i> institucional. | Não. Manifestação finalizada em 12/05/2022. |

Fonte: A autora.

Notas: a. Para efetuar o relacionamento com o banco de dados fornecido pelo setor de Vigilância e Eventos Vitais da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco; b. Secretaria de Defesa Social do Estado de Pernambuco; c. Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco; d. excluídos aqueles que correm em segredo de justiça.

6.4 POPULAÇÃO DE ESTUDO E PERÍODO DE REFERÊNCIA

A população de estudo foi composta por mulheres residentes em Pernambuco, a partir dos 10 anos¹ de idade, vítimas de homicídios intencionais, ocorridos no período de 2016 a 2019 registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). O período inicial de estudo se deu em função de ser posterior ao ano de publicação da Lei do Feminicídio (nº 13.104/2015) no território nacional. A seleção da causa básica do óbito correspondeu ao capítulo XX da 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) referente a causas externas de morbidade e de mortalidade, incluídos os códigos de agressões (X85 - Y09) e dos eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada (Y10- Y34) (Anexo A) na declaração de óbito (Anexo B). Esse último foi considerado com o objetivo de refinar os dados da pesquisa e favorecer a qualificação das informações do SIM no estado.

6.5 PREPARAÇÃO DAS BASES DE DADOS DA SAÚDE: SIM, SINAN E SAMU

Para preservar a confiabilidade dos dados, foram analisadas as duplicidades, recidivas do evento notificado, inconsistências e completitude dos campos.

6.5.1 SIM

Entre 2016 e 2019, foram registrados 1.006 homicídios intencionais e 745 eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada de mulheres residentes no estado de Pernambuco, totalizando 1.751. Foram excluídas da análise 14 registros por inconsistências no preenchimento no campo “nome da vítima”. Acrescente-se que não foram identificados duplicidade de registros nas etapas de deduplicação “nome x data de nascimento” e “nome x data do óbito”; assim como na revisão manual.

6.5.2 Sinan

¹ Embora o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) defina criança na faixa etária de zero a 11 anos e adolescente na faixa etária de 12 a 18 anos, o Ministério da Saúde adota a faixa etária definida pela Organização Mundial da Saúde, sendo criança a faixa de zero a 9 anos e adolescentes, de 10 a 19 anos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1986).

Foram resgatadas as notificações de violência interpessoal e autoprovocada (Anexo C) do período de 2011 a 2019. Dado o reconhecimento que o feminicídio não é um agravo isolado e sim, resultante de um contínuo de violência anterior, a eleição do período a contar de 2011 justifica-se por estar em consonância com o ano de publicação da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, a qual trata sobre a notificação compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências em todos os serviços de saúde, públicos ou privados, do Brasil.

Assim, no período analisado, foram registradas 70.360 notificações de violência interpessoal e autoprovocada. Inicialmente foram excluídas 6.254 notificações de violência autoprovocada e 98 registros por inconsistências no preenchimento no campo “nome da vítima”. Foi ordenado o banco de subtotal de registros por ordem crescente da data de ocorrência do evento e foi aplicada a verificação de deduplicação sob a associação das variáveis: “nome x data de nascimento x nome da mãe”. Foram pareados 4.071 registros (caso principal e caso duplicado), todos submetidos a revisão manual para identificar a existência das condições de “duplicidade”, “duplo registro” ou “homônimos” (Quadro 3). Por fim, obteve-se a identificação de 443 registros duplicados e 1.744 duplos registros, os quais também foram encaminhados para exclusão.

Quadro 3 - Rotina de duplicidade no Sinan-NET para análise dos dados provenientes da Ficha de Violência Interpessoal e Autoprovocada: condição, definição, procedimentos correspondentes e variáveis verificadoras

| Condição | Definição | Procedimento-padrão na rotina dos setores técnicos de sistema de informação | Variáveis verificadoras |
|---------------------------|---|--|---|
| Duplicidade | O mesmo paciente foi notificado mais de uma vez pela mesma ou outra unidade de saúde para o mesmo caso, com data de ocorrência da violência coincidentes | O 1º nível informatizado (quem digitou a ficha) deve complementar os dados da 1ª notificação a partir da 2ª ficha e excluir a 2ª ficha de notificação. Se a duplicidade for identificada acima do 1º nível informatizado, deverá ser comunicado o procedimento acima para o 1º nível que digitou | Tipo de violência; meio de violência; autor da agressão; data, local e hora da ocorrência; encaminhamentos realizados; e observações adicionais |
| Duplo registro (recidiva) | O mesmo paciente foi vítima de mais de uma situação de violência (de mesma ou diferente tipologia) em um período específico (diferente), tendo mais de uma notificação pela mesma ou outra unidade de saúde | Utilizar a opção não listar para que estes registros não sejam listados no relatório de duplicidade | |
| Homônimo | São registros que apresentam os mesmos primeiro e últimos nomes dos pacientes, mesmas datas de nascimento e mesmo sexo e, no entanto, são pessoas diferentes | | |

Fonte: Instrutivo de duplicidade e análise de inconsistência do Viva Sinan - versão preliminar (BRASIL, 2019d).

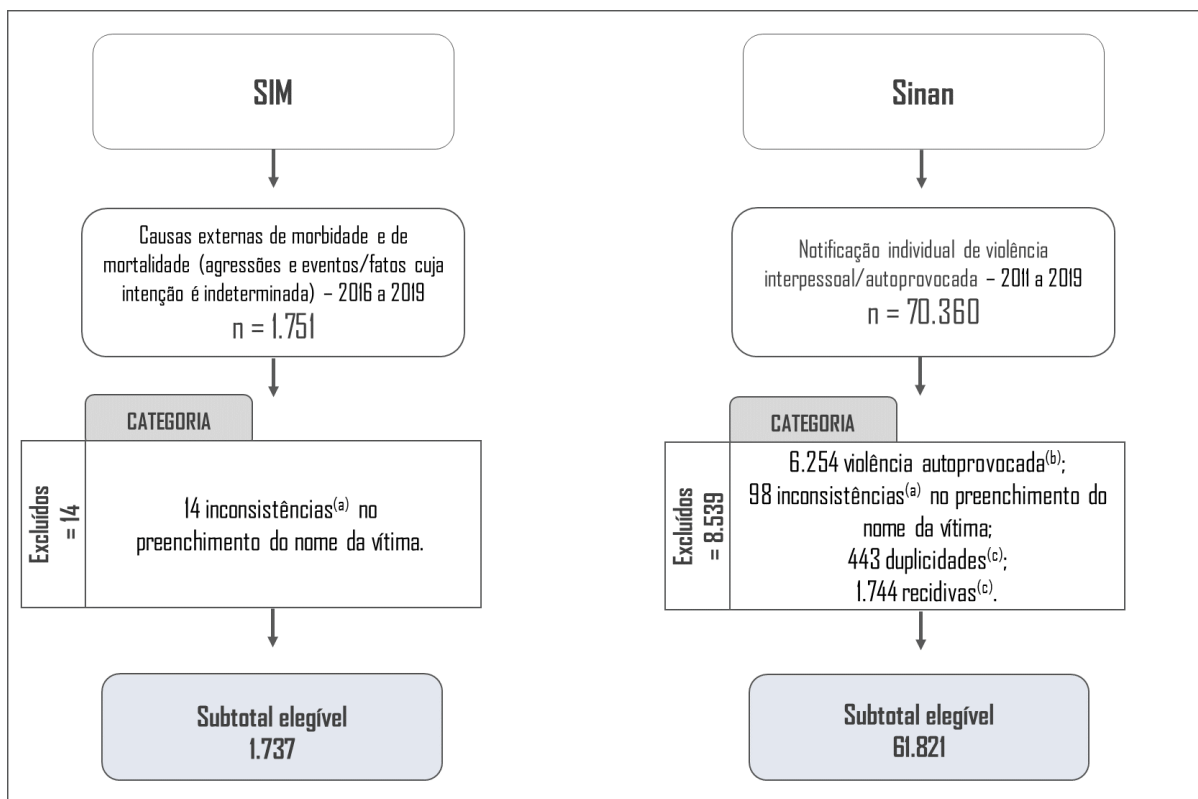
6.5.3 SAMU

A lógica de seleção de período de estudo foi semelhante ao descrito no subitem anterior, no entanto os dados informatizados dos relatórios detalhados de ocorrências realizados pela central metropolitana de regulação médica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (Anexo D) constam a partir do ano de 2017. Assim, no

capítulo de causas externas, foram registradas 117.577 solicitações. Acrescenta-se que não foram identificadas duplicidades na variável “número de ocorrência” e, especificidades de inconsistências em variáveis essenciais, serão abordadas na sessão de resultados.

O subtotal elegível (quando se aplicar) de cada fonte de dados encontra-se disposto na Figura 3.

Figura 3 - Preparação das bases de dados da saúde SIM e Sinan: remoção das inconsistências, violências autoprovocadas, duplicidades e recidivas



Fonte: A autora.

Notas: a. exemplos de inconsistências no campo “nome da vítima”: identidade desconhecida; apenas o primeiro nome ou uma letra preenchida. Destaca-se que as exclusões só ocorreram após esgotadas as possibilidades de resgate do dado em todas as fontes de dados disponíveis neste estudo, por meio de estratégias de localização complementar pelo nome da mãe, data de nascimento e/ou endereço de residência; b. atendimento da condição: campo 54 “A lesão foi autoprovocada?” e campo 56 “Tipo de violência - outros” assinalados como “SIM”, conforme orientação da 2ª edição do VIVA - Instrutivo de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada (BRASIL, 2016a); c. Instrutivo de duplicidade e análise de inconsistência do Viva Sinan - versão preliminar (BRASIL, 2019d).

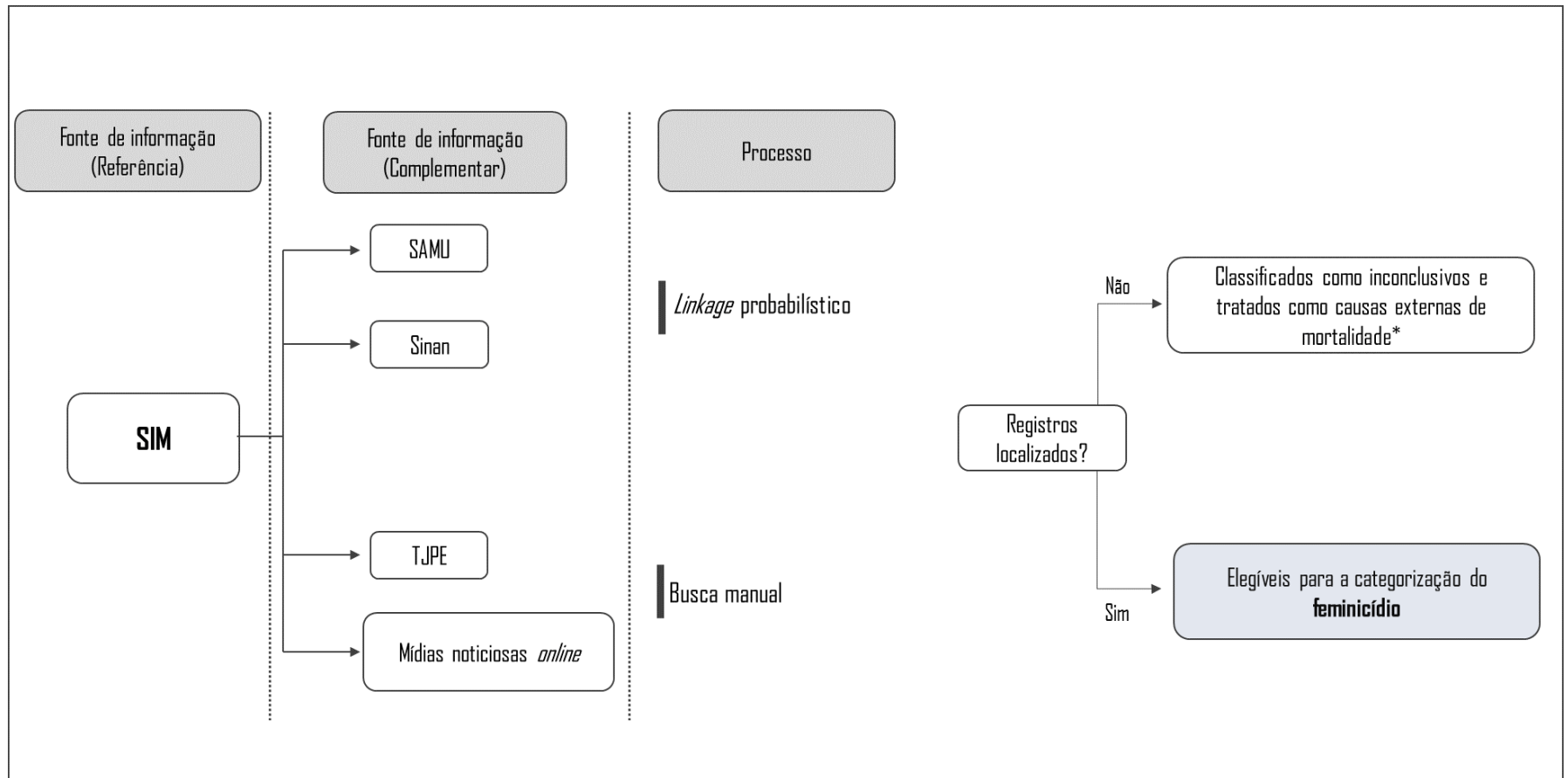
6.6 ESTRATÉGIA DE PESQUISA

O processamento e análise de dados foi apresentado vinculado ao atendimento dos objetivos específicos.

6.6.1 Objetivo a - Estimar a ocorrência dos feminicídios em Pernambuco

Com o objetivo de aproximar os casos de homicídios intencionais e eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada à qualificadora do feminicídio, foi analisado a coexistência de notificações anteriores pertencentes a mesma vítima (Figura 4).

Figura 4 - Fluxograma das fontes de informação e processos utilizados para aproximar os casos de homicídios intencionais e eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada à qualificadora do feminicídio



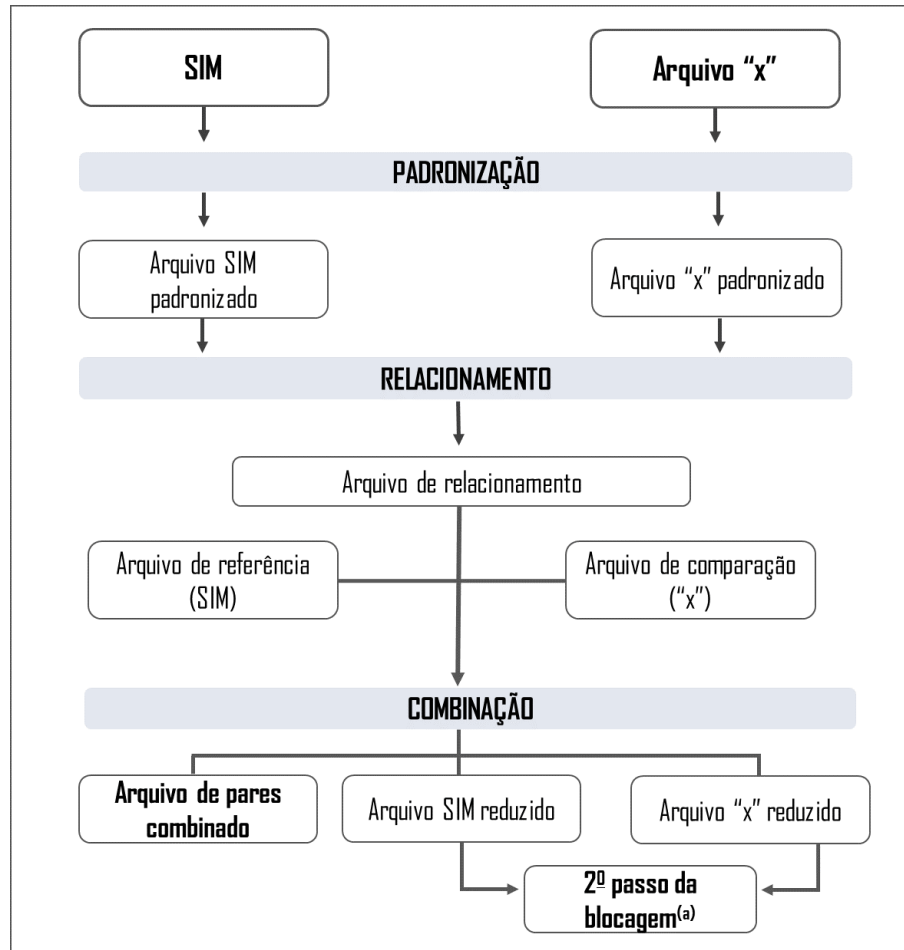
Fonte: A autora.

Nota (*): incluídos os códigos de agressões (X85 - Y09) e dos eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada (Y10- Y34) da declaração de óbito.

Assim, prosseguiu-se com a busca nos relatórios detalhados de ocorrências realizados pela central metropolitana de regulação médica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Essa central foi selecionada por assegurar 100% de assistência à I macrorregião de saúde, sendo representativo em termos de cobertura populacional (60,4%) e, conseqüentemente, em números de notificações visto que engloba 71 municípios e o arquipélago de Fernando de Noronha distribuídos na Região Metropolitana do Recife, Zona da Mata Sul, Zona da Mata Norte e Agreste Setentrional do estado. Também foram incluídas as fichas de violência interpessoal e autoprovocada notificadas no Sinan.

Para efetuar o relacionamento dos bancos de dados foi empregado a técnica *linkage* probabilístico visto que as bases correspondentes não possuem identificador unívoco. Assim, mediante a aplicação de rotinas automatizadas, campos comuns menos específicos foram analisados conjuntamente e estimou-se a probabilidade de um par de registro corresponder a um mesmo indivíduo (CAMARGO; COELI, 2000; MACHADO, 2004). As etapas sequenciais para realização do *linkage* (Figura 5) foram realizadas sob auxílio do programa *OpenRecLink* III versão 3.1.8 e estão descritas abaixo (HERZOG *et al.*, 2007):

Figura 5 - Ciclo de operação do *linkage* probabilístico



Fonte: adaptado de CAMARGO JR e COELI (2007).

Nota: a. Reinicia o ciclo de operação relacionando os arquivos reduzidos e encaminhando-os ao processo de nova combinação. Esta orientação é válida para ciclos de operação que possuem mais de uma estratégia (passo) de blocagem.

a) Padronização: a padronização dos arquivos tem por objetivo minimizar erros no processo de pareamento e consiste em manter campos com formatos e codificações idênticas às variáveis correspondentes em ambas as bases de dados, favorecendo associações entre elas (Apêndice A). A variável “nome da vítima” foi subdividida em componentes de “primeiro” e “último” nome e posteriormente utilizados para criar os respectivos códigos fonéticos *soundex*, os quais são úteis para reduzir diferenças de grafias e erros de digitação, melhorando a sensibilidade das rotinas seguintes (HERZOG *et al.*, 2007).

b) Relacionamento: após a padronização dos arquivos, ocorre o relacionamento de registros com base na associação probabilística de um ou mais campos homólogos – de mesma natureza. Esta rotina envolve dois processos:

1. **Blocagem:** consiste na criação de blocos lógicos e mutuamente excludentes para permitir que a comparação entre registros se faça de uma forma mais otimizada, limitando-se aqueles pertencentes ao mesmo bloco. Os blocos foram constituídos com vistas a aumentar a probabilidade de os registros representarem pares verdadeiros. Adotou-se uma rotina de múltiplos passos, iniciando com uma chave mais restrita (Quadro 4).

Quadro 4 - Estratégias de blocagem utilizadas na rotina de relacionamento do *linkage* probabilístico

| Passo | Chaves de blocagem |
|-------|---|
| 1 | PBLOCO ^(a) + UBLOCO ^(b) |
| 2 | UBLOCO ^(b) |
| 3 | PBLOCO ^(a) |

Fonte: A autora.

Notas: a. código fonético *soundex* do primeiro nome da vítima; b. código fonético *soundex* do último nome da vítima.

2. **Pareamento:** é baseado na construção de *scores* para os diferentes pares possíveis de serem relacionados nas diferentes estratégias de blocagem empregadas. Os pesos foram construídos a partir de conceitos de sensibilidade e especificidade de testes diagnósticos. Para cada campo *i* define-se a probabilidade *mi* do campo concordar entre os dois registros dado que se trata de um par verdadeiro, e a probabilidade *ui* do campo concordar dado que se trata de um par falso. A partir destas probabilidades foram construídos dois fatores de ponderação, calculados como o logaritmo de base 2 da razão de verossimilhança:

- Concordância:

$$m_i \text{ e } u_i \quad (wc_i = \log_2 \left(\frac{m_i}{u_i} \right))$$

- Discordância:

$$1 - u_i \quad (wd_i = \log_2 \left(\frac{(1 - m_i)}{(1 - u_i)} \right))$$

Assim, cada campo de comparação contribuiu de forma diferenciada para a

construção do *score* final, obtido a partir da soma dos fatores de ponderação atribuídos.

c) Combinação: com base no arquivo de relacionamento, a operação de combinação de arquivos permitiu a criação de um novo arquivo (arquivo de pares combinado) a partir de dois outros (arquivos de comparação e referência). Para a classificação dos pares (verdadeiros ou não verdadeiros) foi realizada a revisão manual, iniciando nos intervalos de *scores* máximo em direção aos mais baixos. No caso de dúvida, foi realizada uma verificação complementar nas variáveis “nome da mãe” e “endereço de residência”, quando disponíveis, para obter o critério de decisão. Por fim, todos os arquivos de pares verdadeiros foram reunidos em uma base de dados e removidas as duplicidades.

De forma complementar à operacionalização do *linkage* probabilístico, foi realizada a busca processual dos registros sob domínio público no *site* do Tribunal de Justiça de Pernambuco (TJPE) (disponível em: <https://srv01.tjpe.jus.br/consultaprocessualunificada/>). Por meio da inserção de filtros para descrição exata do nome da vítima e/ou filiação correspondente foi possível verificar se o processo se encontra na plataforma judicial. Na disponibilidade deste, foi obtido a leitura da descrição do caso, além de verificar históricos de denúncias anteriores ou solicitações da vítima de amparos protetivos ao Estado, dado que são fatores que fortalecem a elucidação do feminicídio. Também foi adotado o monitoramento de veiculações noticiárias *online* para compreender as motivações e circunstâncias da morte, visto que, por vezes, a referência que embasa a divulgação de dados possui elementos do boletim de ocorrência policial.

6.6.2 Objetivo b - Descrever características dos processos judiciais e o perfil epidemiológico dos feminicídios em Pernambuco

Foi realizada a descrição dos dados para o estado de Pernambuco mediante a distribuição de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e dispersão. Para os grupos de feminicídios e de violência interpessoal, a diferença estatística foi analisada pelo teste do Qui-quadrado de Pearson (χ^2) sob o nível de significância de 5%. Foram excluídas as variáveis que apresentarem a proporção de campos ignorados ou em branco $\geq 20\%$ (ROMERO; CUNHA, 2007). Assim, as variáveis e as respectivas fontes de dados utilizadas para caracterizar o grupo encontram-se dispostas no Quadro 5.

Quadro 5 - Blocos, variáveis e respectivas fontes de dados utilizadas para análise dos feminicídios no estado de Pernambuco

| Bloco | Variáveis^(a) | Fonte de dados |
|---|---|---|
| Vítima | Idade; raça/cor; situação conjugal; e escolaridade | SIM/Sinan |
| Circunstância de violência | Quantidade de violência associada; meios de agressão; oportunidade de notificação em relação à data de ocorrência da violência; e encaminhamentos realizados | Sinan |
| Setor comunitário/social e disponibilidade de equipamentos assistenciais e protetivos | Porte populacional do município de residência da vítima | IBGE ^(b) |
| | Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) ^(c) | IPEA ^(d) |
| | Centro Especializado de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (CEAM); Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher (DEAM); | SecMulher-PE ^(e) |
| Óbito | Local de ocorrência; prestação de assistência médica; realização de necropsia; circunstância da morte; código da causa básica de óbito; e fonte de informação | SIM |
| Processo judicial e mídias noticiosas | Fonte de informação; classificação do feminicídio; o crime foi cometido em circunstâncias que ampliam a aplicação da pena?; autor do crime cometeu suicídio após o fato?; citação da qualificadora do feminicídio no processo judicial; registro e publicação da sentença condenatória; e oportunidade de conclusão do processo | Mídias noticiosas <i>online</i> /Base processual do TJPE ^(f) |

Fonte: A autora.

Notas: a. A descrição e categorização das variáveis encontram-se disponíveis no apêndice B; b. Censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); c. É um índice composto por três dimensões: renda e trabalho, infraestrutura urbana e capital humano. A interpretação dos valores da classificação varia entre 0 e 1 e, quanto mais próximo a 1, maior é a vulnerabilidade social de um município. Ano de referência: censo demográfico 2010; d. Atlas de Vulnerabilidade Social do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); e. Ouvidoria da SecMulher-PE; f. Tribunal de Justiça de Pernambuco.

Acrescenta-se que para as variáveis de interesse de estudo do Sinan, foi realizada análise do preenchimento dos campos segundo critérios adotados por Romero e Cunha (2007) adaptado, o que também endossou o critério de escolha das variáveis acima relacionadas (Apêndice C). É considerado a incompletude como a proporção de campos ignorados ou em branco, adotando-se a seguinte classificação: excelente (<5%), bom (5 a 9,9%), regular (10 a 19,9%), ruim (20 a 49,9%) e muito ruim ($\geq 50\%$).

6.6.3 Objetivo c - Apresentar a análise espacial dos feminicídios em Pernambuco

O método de cálculo das taxas médias de feminicídios na população em geral foi obtido pela média de óbitos por feminicídio/população média de mulheres expresso por 100.000 habitantes (BARUFALDI *et al.*, 2017). Foram utilizadas como base de dados populacionais as projeções estimadas de residentes por município para o período de referência elaboradas pelo Ministério da Saúde, com registro de acesso em 28 de janeiro de 2022 (BRASIL, 2022).

Para analisar o padrão espacial das taxas foram utilizados o método bayesiano empírico local e o índice de autocorrelação de Moran realizados nos programas QGIS 2.18 e TerraView® versão 4.2.2, admitido como unidade de análise o município. Após a suavização e correção das taxas brutas, foi possível associar a ocorrência do feminicídio à aleatoriedade do evento ou a interdependência com áreas críticas, descritos em valores com variações respectivas de -1 e +1, no qual o zero indica ausência de autocorrelação e valores mais próximos de 1 indicam a existência de autocorrelação positiva ou negativa (BRASIL, 2007; CÂMARA *et al.*, 2004). O arquipélago de Fernando de Noronha foi excluído da análise devido a inexistência de municípios limítrofes; assim como aqueles registros em que o campo “município” se encontrava em ignorado ou em branco, pré-requisitos para aplicação da técnica de análise espacial.

Os quadrantes gerados pelo diagrama de espalhamento foram representados visualmente pelo *BoxMap* e interpretados por setores: 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) (CÂMARA *et al.*, 2004; LAL; HALES, 2015).

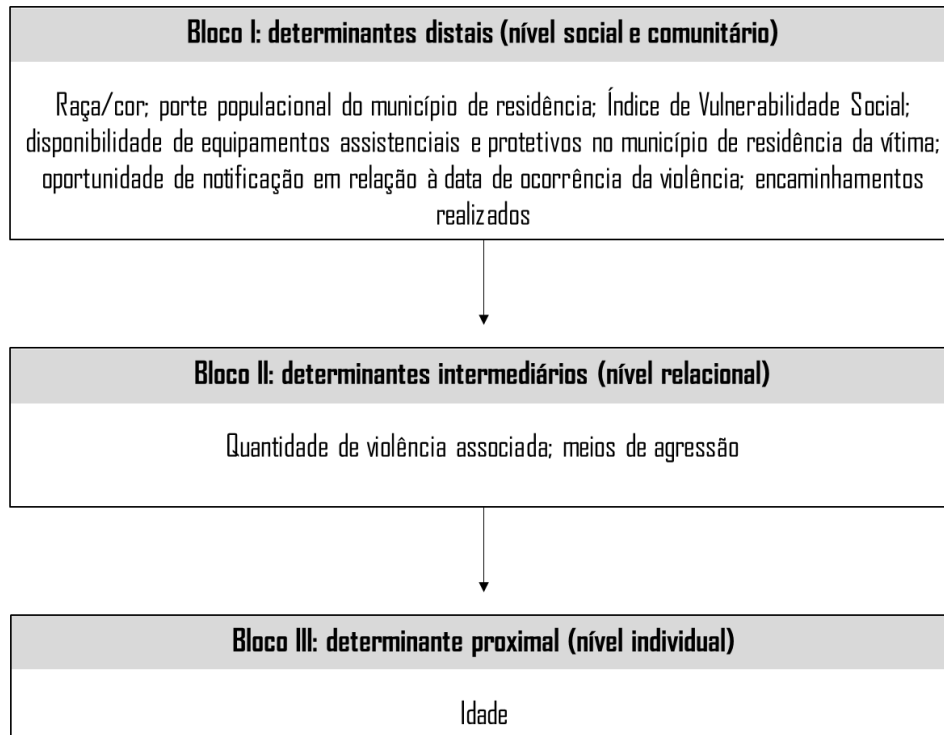
Em seguida, foi utilizado o *Local Indicators of Spatial Association* (LISA) para detectar regiões com correlação local significativamente diferente do restante dos dados. A avaliação da significância foi realizada comparando uma série de valores utilizando a hipótese da normalidade ou simulação de distribuição por permutação daqueles estimados em áreas circunvizinhas (ANSELIN; BAO, 1997).

Por fim, foram associadas as áreas que têm relação espacial positiva identificadas pelo *BoxMap* e pelo *LisaMap*. A relação desses dois grupos definiu o *MoranMap*, considerando as áreas com diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,10$). A classificação atendeu aos critérios: áreas críticas (Q1), com baixo nível de ocorrência de feminicídio (Q2) e de transição (Q3 e Q4) (ANSELIN; BAO, 1997). Optou-se por analisar a distribuição dos feminicídios segundo as macrorregiões de saúde em Pernambuco devido as heterogeneidades e dinâmicas existentes no espaço geográfico. E, sobretudo, pelo potencial que os estudos conferem para subsidiar o planejamento regional, integrado e intersetorial das políticas públicas.

6.6.4 Objetivo d - Identificar os fatores associados à ocorrência dos feminicídios com registros prévios de violência interpessoal em Pernambuco

Foi aplicada a regressão logística para verificar a associação entre o feminicídio (desfecho) e a violência interpessoal (grupo de comparação). Adotou-se o modelo de análise hierárquica proposto por Victora *et al.* (1997) e o agrupamento das covariáveis de interesse foi subsidiado pelos níveis do Modelo Ecológico Feminista. Seguindo o sentido distal-proximal, foram ordenados os seguintes blocos (Figura 6): I - determinantes distais (nível social e comunitário); II - determinantes intermediários (nível relacional); III - determinantes proximais (nível individual).

Figura 6 - Blocos de análise hierárquica – modelo ecológico feminista



Fonte: A autora.

Inicialmente, foi estimada a força de associação de cada variável calculando-se *Odds Ratio* com seus respectivos intervalos de confiança a 95% e nível de significância de 5% na estatística z de Wald. As variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ na análise univariada, foram selecionadas para compor o modelo múltiplo. A partir daí, os blocos foram conjugados e construídos mais dois modelos (1 + 2) e (1 + 2 + 3), utilizando o método *stepwise forward* para inclusão das variáveis.

Permaneceram no modelo final as variáveis que obtiveram significância estatística ($p < 0,05$), aquelas consideradas de ajustes (com base no valor do logaritmo da razão de verossimilhança e mudanças no valor do OR) e as variáveis do bloco distal que perderam significância, interpretando a associação como existente, seja por efeito independente ou intermediado pelos blocos subsequentes adicionados. O modelo foi avaliado segundo a área sob a curva ROC (*receiver operating characteristic*), a acurácia e com base no percentual de melhoria do modelo com relação à *deviance* inicial (razão de verossimilhança). Os dados foram tabulados e analisados por meio do Excel® e Stata MP 14.2.

6.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Em atendimento às normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos – Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado (Anexo E) pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (Parecer nº 4.886.406) e obteve a anuência da Secretaria Estadual de Saúde Pernambuco (Anexo F) e da Secretaria de Saúde do Recife (Anexo G).

7 RESULTADOS

Esta dissertação desenvolvida no Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (IAM/Fiocruz-PE), pela complexidade do tema e pelas diferentes fontes de dados utilizadas, está elaborada em formato tradicional e os resultados estão apresentados em subseções.

7.1 CONTRIBUIÇÕES E LIMITES DAS DIVERSAS FONTES DE INFORMAÇÕES PARA QUALIFICAR O FEMINICÍDIO

Ressalta-se que toda busca em fonte complementar de informação para qualificar o feminicídio obteve como referência os homicídios intencionais e eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada de mulheres residentes registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do estado de Pernambuco, entre 2016 e 2019. Assim, por não ter variáveis em comum em sua totalidade, a construção do perfil das vítimas foi apresentada de maneira fragmentada para oportunizar e explorar a discussão com variáveis essenciais. Além de analisar a contribuição de cada fonte de informação na identificação das motivações e circunstâncias envolvidas no crime.

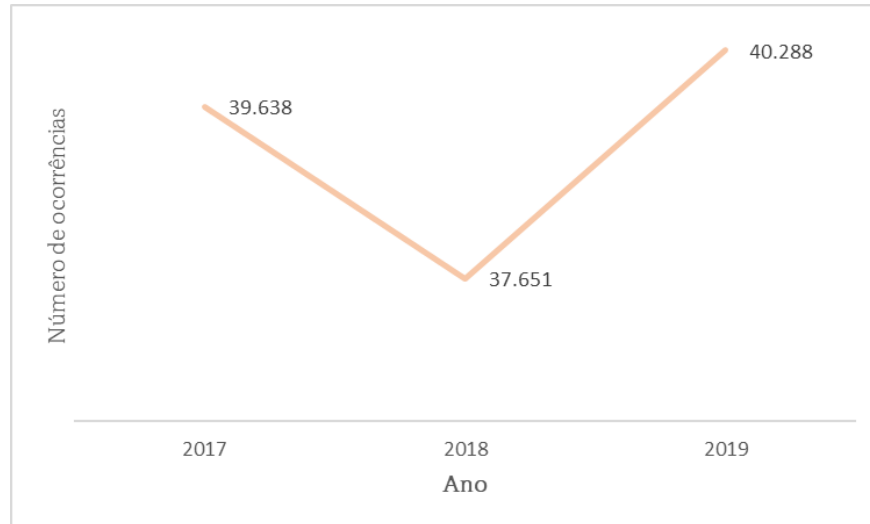
7.1.1 Relatório detalhado de ocorrências realizado pela central metropolitana de regulação médica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – capítulo de causas externas

Desde o ano de 2017, o relatório detalhado de ocorrências realizado pela central metropolitana de regulação médica do SAMU reúne a visualização de todos os chamamentos realizados pelos municípios adscritos. Também é possível ter acesso adicional aos dados simplificados da ocorrência, à exemplo da identificação da vítima, dados do regulador, quadro clínico, intervenções e encaminhamentos realizados; ainda que não possa extraí-los para análises consolidadas. Acrescenta-se que os dados da ficha de atendimento realizado pelos profissionais de saúde (Anexo H) não constam no sistema. As etapas de preenchimento, digitação, processamento e análise desses são de responsabilidade e execução dos níveis locais.

No capítulo de causas externas que inclui os subtipos relacionados à acidentes, afogamentos, agressões, atropelamentos, choques elétricos, queimaduras, tentativas

de suicídios, entre outros, foram registrados, até o ano de 2019, 117.577 chamamentos para região metropolitana (Gráfico 1). Não existe a variável “sexo” nos relatórios *web*, portanto o total de notificações mencionadas corresponde ao sexo feminino e masculino.

Gráfico 1 - Ocorrências por causas externas realizadas pela central metropolitana de regulação médica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), 2017 a 2019



Fonte: Relatório detalhado de ocorrências realizado pela central metropolitana de regulação médica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), 2017 a 2019.

A tabela 1 reuniu as inconsistências de algumas das variáveis essenciais para a realização do *linkage* probabilístico conforme descrito nos aspectos metodológicos. Na variável nome, houve o predomínio de menções à termos ou símbolos inespecíficos de identificação da vítima (n=50.571; 62,46%) enquanto no campo endereço destacou-se as remoções realizadas entre estabelecimentos de saúde (n=5.157; 40,58%). Dessa forma, os registros com preenchimento válido dos referidos campos representaram 25,60% (n=30.100) do total de notificações. O que, aliado às limitações acima mencionadas, justificaram a não utilização desta fonte de dados para qualificação dos homicídios intencionais e eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada de mulheres residentes no estado de Pernambuco.

Tabela 1 - Inconsistências no preenchimento das variáveis “nome” e “endereço”.

Registro das ocorrências realizadas pela central metropolitana de regulação médica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Capítulo de causas externas, 2017 a 2019

| Variável | Ano de ocorrência | | | Total |
|---|-------------------|-------|-------|---------------|
| | 2017 | 2018 | 2019 | |
| Nome | | | | |
| Apenas o primeiro nome de identificação da vítima preenchido (ex.: João, José, Maria etc.) | 9257 | 9751 | 11156 | 30.164 |
| Inconsistências ("vítima", "desconhecidos(as)", "desacordado(a)", "a mesma/o mesmo", números, caracteres especiais etc.) | 17282 | 16182 | 17107 | 50.571 |
| Em branco | 130 | 28 | 71 | 229 |
| Subtotal^(a) | | | | 80.964 |
| Endereço | | | | |
| Menções à pontos de referência (ex.: "antiga", "na altura", "sentido", "próximo", "divisa", "em frente", "antes/depois", "ao lado", "as margens" etc.) | 835 | 1415 | 1088 | 3.338 |
| Estabelecimentos públicos de livre circulação (ex.: praças, parques, praia, <i>shoppings</i> , postos de gasolina, estádios, terminais integrados etc.) | 607 | 505 | 359 | 1.471 |
| Estabelecimentos de saúde (remoções de posto de saúde, unidade mista, upinha, policlínica, UPA, hospitais, maternidades etc.) | 2041 | 1533 | 1583 | 5.157 |
| Inconsistências (números, endereços incompletos "engenho, na rua, travessa, avenida, loteamento"; dados da circunstância da ocorrência etc.) | 1100 | 811 | 631 | 2.542 |
| Em branco | 120 | 18 | 62 | 200 |
| Subtotal^(a) | | | | 12.708 |

Fonte: Relatório detalhado de ocorrências realizado pela central metropolitana de regulação médica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), 2017 a 2019.

Nota: a. Os subtotais não devem ser somados. Pode haver registros da mesma notificação de ambas as variáveis analisadas.

7.1.2 Notificações prévias de violência interpessoal e autoprovocada no Sinan

No quadro 6 estão expostos a configuração dos campos de comparação utilizados na rotina de relacionamento do *linkage* probabilístico entre as bases de dados SIM x Sinan. Foi retirado uma fração amostral de 20% de casos e os parâmetros ajustados para aqueles sugeridos pelo manual do *OpenReclink* III (CAMARGO JR; COELI, 2012).

Quadro 6 - Configuração dos campos de comparação utilizados na rotina de relacionamento do *linkage* probabilístico entre as bases de dados SIM x Sinan

| Bases de dados | Variáveis | Algoritmo | Sensibilidade (m_i) | 1-especificidade (u_i) | Proporção mínima de concordância | Peso ^(a) | |
|----------------|-------------------------|------------|-------------------------|----------------------------|----------------------------------|---------------------|--------------|
| | | | | | | Concordância | Discordância |
| SIM x Sinan | Nome completo da vítima | Aproximado | 95% | 0,16% | 85% | 12,4999 | -1,68549 |
| | Data de nascimento | Caractere | 90% | 1,4% | 65% | 5,24441 | -1,46919 |

Fonte: A autora.

Nota: a. Os resultados da estimação de parâmetros na rotina de relacionamento do *linkage* probabilístico estão disponíveis no Apêndice D.

No tempo total de execução (2:23:13s) do *linkage* probabilístico entre as bases de dados do SIM e Sinan, foram identificados 289 pares verdadeiros com maior proporção localizados no 1º passo da estratégia de blocagem (n=275; 95,16%). Os *scores* máximo e mínimo atribuídos foram de 15,2201 e -7,62121, respectivamente. Ao término, 46 casos foram removidos por estarem pareados em duplicatas (Quadro 7). Os dados epidemiológicos deste subgrupo populacional relacionado serão detalhados no subitem 9.3 desta seção.

Quadro 7 - Estratégias de blocagem para o processo de *linkage* probabilístico segundo desempenho no relacionamento das bases de dados SIM e Sinan

| Passo | Chaves | Tempo | | | Nº de pares | Duplicidade | Score | |
|-------|-----------------|-----------|---------|---------|-------------|-------------|---------|----------|
| | | Relaciona | Combina | Total | | | Máximo | Mínimo |
| 1 | PBLOCO + UBLOCO | 0:00:52 | 0:03:40 | 0:04:32 | 275 | 46 | 15,2201 | -7,62121 |
| 2 | UBLOCO | 0:18:21 | 2:09:59 | 2:28:20 | 7 | - | | |
| 3 | PBLOCO | 0:05:25 | 0:09:34 | 0:14:59 | 7 | - | | |

Fonte: A autora.

7.1.3 Busca manual em mídias noticiosas *online* e base processual do Tribunal de Justiça de Pernambuco

A tabela 2 indica que ambas as fontes de informação (n=187; 56,33%) contribuíram para identificar o feminicídio, o qual foi classificado como íntimo (n=274; 82,53%) e o crime não foi cometido em circunstâncias que ampliam a aplicação da pena (n=162; 48,80%). Na maior proporção dos casos o autor não cometeu suicídio após o fato (n= 250; 75,30%). Para os casos localizados na plataforma do TJPE, a descrição do processo citou a qualificadora do feminicídio (n=145; 65,61%), houve registro e publicação da sentença condenatória (n=134; 60,63%) e parcela significativa encontrava-se em tramitação (n=151; 68,33%).

Tabela 2 - Caracterização dos feminicídios identificados pela busca manual em mídias noticiosas *online* e base processual do Tribunal de Justiça de Pernambuco, 2016 a 2019

| Variáveis | n | % |
|---|-----|-------|
| (continua) | | |
| Fonte de informação [n= 332] | | |
| Mídias noticiosas <i>online</i> | 111 | 33,43 |
| Base processual do TJPE ^(a) | 34 | 10,24 |
| Ambas | 187 | 56,33 |
| Classificação do feminicídio [n= 332] | | |
| Íntimo | 274 | 82,53 |
| Não íntimo | 54 | 16,27 |
| Por conexão | 4 | 1,20 |
| O feminicídio foi cometido em circunstâncias que ampliam a aplicação da pena? [n= 263^(b)] | | |
| Na presença de descendente ou de ascendente da vítima | 64 | 19,28 |
| Durante a gestação ou nos 3 (três) meses posteriores ao parto | 18 | 5,42 |
| Contra pessoa menor de 14 (catorze) anos, maior de 60 (sessenta) anos ou com deficiência | 22 | 6,63 |
| Não | 162 | 48,80 |
| O autor do crime cometeu suicídio após o fato? [n= 275^(c)] | | |
| Sim | 25 | 7,53 |
| Não | 250 | 75,30 |
| A descrição do processo no TJPE cita a qualificadora do feminicídio?^(a,d) [n= 221] | | |
| Sim | 145 | 65,61 |
| Não | 60 | 27,15 |
| Não. Processo arquivado | 16 | 7,24 |

Tabela 2 - Caracterização dos feminicídios identificados pela busca manual em mídias noticiosas *online* e base processual do Tribunal de Justiça de Pernambuco, 2016 a 2019

| Variáveis | (conclusão) | |
|--|-------------|-------|
| | n | % |
| Houve registro e publicação da sentença condenatória?^(d) [n= 221] | | |
| Sim | 134 | 60,63 |
| Não | 87 | 39,37 |
| Oportunidade de conclusão do processo (diferença entre a abertura e o arquivamento definitivo em anos)^(d) [n= 221] | | |
| 1 < 3 | 50 | 22,62 |
| 3 < 6 | 20 | 9,05 |
| Processo em tramitação ^(e) | 151 | 68,33 |

Fonte: elaboração própria a partir de dados consultados através da busca manual em mídias noticiosas *online* e na base processual do TJPE.

Notas: a. Tribunal de Justiça de Pernambuco; b. Informação não mencionada ou ignorada (n=66; 19,88%); c. Informação não mencionada ou ignorada (n=57; 17,17%); d. Variáveis exclusivas para os casos localizados na fonte de dados “base processual do TJPE”; e. Última consulta processual realizada na plataforma do TJPE ocorreu em janeiro de 2022.

7.1.4 Consolidado dos registros de feminicídios qualificados

Entre 2016 e 2019, foram totalizados 1.751 registros de homicídios intencionais e eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada de mulheres residentes no estado de Pernambuco. Com o advento da qualificação do registro objetivando identificar a motivação de gênero, foram localizados 490 feminicídios (28%).

A maior proporção dos casos foi identificada pela busca manual em mídias noticiosas *online* e na base processual do TJPE (n=247; 50,41%). As características das vítimas relevam idade entre 20 a 39 anos (n=286; 58,37%), raça/cor negra (n=400; 81,63%), sem companheiro(a) (n=407; 83,06%) e escolaridade superior a 8 anos de estudo (n=303; 61,84%). O local de ocorrência foi em estabelecimento de saúde (n=150; 30,61%), não houve prestação de assistência médica (n=293; 59,80%) e o encaminhamento do cadáver ao exame de necropsia ocorreu na quase totalidade dos casos (n=453; 92,45%). Foi constatado como circunstância de morte o homicídio (n=439; 89,59%), com indicação de códigos de agressão (n= 447; 91,22%) e a fonte de informação que subsidiou o preenchimento da declaração de óbito foram os dados da ocorrência policial (n= 349; 71,22%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Perfil dos feminicídios ocorridos no estado de Pernambuco no período de 2016 a 2019

| Variáveis | n | % | Incompletude (%) |
|--|----------|----------|-------------------------|
| Processo identificador da qualificadora | | | |
| <i>Linkage</i> probabilístico com o Sinan | 158 | 32,24 | |
| Busca manual em mídias noticiosas <i>online</i> e base processual do TJPE ^(a) | 247 | 50,41 | - |
| Ambas | 85 | 17,35 | |
| Idade (em anos) | | | |
| 10 – 19 | 73 | 14,90 | |
| 20 – 39 | 286 | 58,37 | - |
| 40 – 59 | 101 | 20,61 | |
| ≥ 60 | 30 | 6,12 | |
| Raça/cor | | | |
| Negra | 400 | 81,63 | 0,61 |
| Não negra | 87 | 17,76 | |
| Situação conjugal | | | |
| Sem companheiro(a) | 407 | 83,06 | 1,63 |
| Com companheiro(a) | 75 | 15,31 | |
| Escolaridade (em anos completos de estudo) | | | |
| ≤ 8 | 154 | 31,43 | 6,73 |
| > 8 | 303 | 61,84 | |
| Local de ocorrência | | | |
| Domicílio | 147 | 30,00 | |
| Via pública | 117 | 23,88 | 0,20 |
| Estabelecimento de saúde | 150 | 30,61 | |
| Outros | 75 | 15,31 | |
| Recebeu assistência médica? | | | |
| Sim | 147 | 30,00 | 10,20 |
| Não | 293 | 59,80 | |
| Houve realização de necropsia? | | | |
| Sim | 453 | 92,45 | 3,88 |
| Não | 18 | 3,67 | |
| Circunstância de morte | | | |
| Homicídio | 439 | 89,59 | 9,39 |
| Acidente | 4 | 0,82 | |
| Outros | 1 | 0,20 | |
| Códigos da causa básica do óbito^(b) | | | |
| Agressões (X85 - Y09) | 447 | 91,22 | |
| Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada (Y10- Y34) | 43 | 8,78 | - |
| Fonte da informação | | | |
| Ocorrência policial | 349 | 71,22 | 12,65 |
| Hospital | 26 | 5,31 | |
| Outros ^(c) | 53 | 10,82 | |

Fonte: elaboração própria a partir de dados disponibilizados pela Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco.

Notas: a. Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco; b. correspondência ao capítulo XX da 10ª

revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10); c. inclui família e outras.

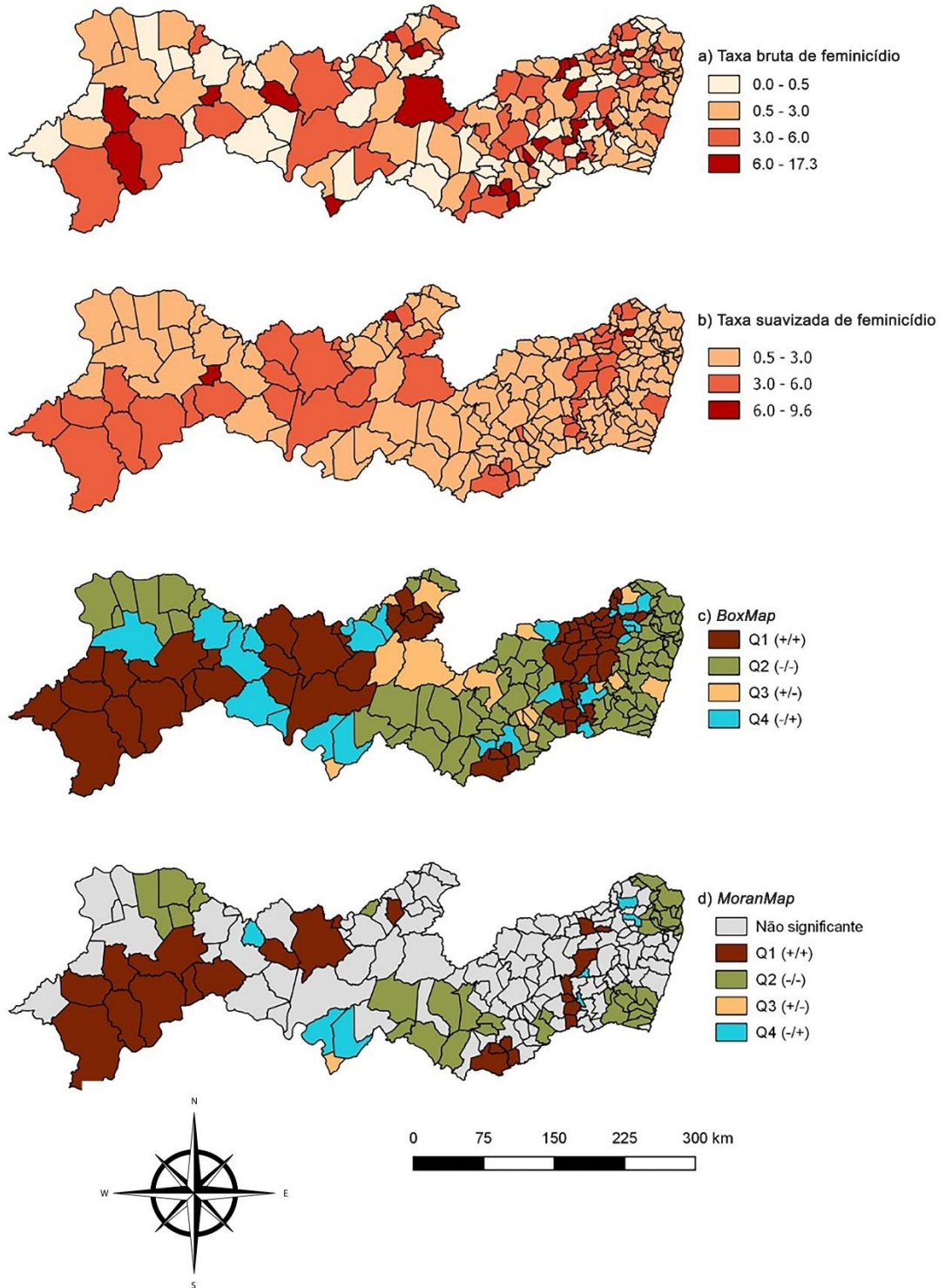
7.2 ANÁLISE ESPACIAL DOS FEMINICÍDIOS POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

No período estudado, a taxa de feminicídio foi de 2,5 por 100.000 mulheres e houve registro do evento em todas as macrorregiões do estado de Pernambuco. Os municípios que apresentaram as menores taxas (0,6 por 100.000 mulheres) foram Camaragibe e Goiana, ambos situados na macrorregião Metropolitana. E, a taxa mais elevada (17,3 por 100.000 mulheres) foi observada no município de Solidão, localizado na macrorregião do Sertão (Figura 7A). O mapa temático suavizado pelo estimador bayesiano empírico local, corrigiu e tornou mais estáveis as taxas de feminicídio (Figura 7B) e sugere concentração na macrorregião do Agreste, Sertão e Vale do São Francisco e Araripe.

Na Figura 7C foram identificadas áreas de correlação espacial positiva nos municípios localizados em maior proporção na macrorregião Metropolitana e Agreste. O BoxMap também incluiu a representação de áreas que podem sinalizar potenciais nós críticos dado a autocorrelação espacial negativa (Q3 e Q4).

O índice de Moran global das taxas suavizadas foi de 0,3 ($p=0,001$) e o *cluster* classificado como área crítica (Q1), na qual 9 municípios e áreas circunvizinhas apresentaram altas taxas de feminicídios, revelou a interiorização do evento para a macrorregião Vale do São Francisco e Araripe. Os setores com baixo nível de ocorrência e de transição foram mantidos no modelo final (Figura 7D).

Figura 7 – Distribuição do feminicídio segundo município de residência. Pernambuco, 2016 a 2019. (A) Taxa bruta (por 100 mil/hab); (B) taxa suavizada (por 100 mil/hab); (C) *BoxMap*; (D) *MoranMap*



Fonte: elaboração própria a partir de dados disponibilizados pela Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco.

7.3 OCORRÊNCIA DE FEMINICÍDIOS COM NOTIFICAÇÕES PRÉVIAS DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E FATORES ASSOCIADOS

No período de 2011 a 2019 foram registradas 61.821 notificações de violência interpessoal contra mulheres residentes em Pernambuco e dessas, 243 obtiveram o desfecho de feminicídio. Dado o objetivo de identificar os fatores associados à ocorrência do feminicídio considerando as variáveis elegíveis para o estudo, as notificações que apresentavam campos ignorados ou em branco também foram excluídas para preservar a qualidade da análise. Dessa forma, foram consideradas 40.018 (64,7%) notificações de violência interpessoal contra mulheres e 154 (63,4%) registros de feminicídios de residentes em Pernambuco.

A maior parte das vítimas de feminicídio tinham entre 20 a 39 anos de idade (n=85; 55,19%) e eram negras (n=129; 83,77%). Em relação as características da violência, as vítimas de feminicídio registraram um tipo (n=119; 77,27%) com o predomínio de uso de força corporal (n=54; 35,06%) e arma de fogo (n=48; 31,17%). Obteve-se significância estatística ($p < 0,05$) para todas as variáveis analisadas, à exceção de raça/cor (Tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização da vítima e da violência interpessoal prévia por ocorrência de feminicídio. Pernambuco, 2016 a 2019

| Variáveis | Feminicídio | | | | p-valor ^(a) |
|--|-------------|-------|--------|-------|------------------------|
| | Sim | | Não | | |
| | N | % | n | % | |
| Idade (em anos) | | | | | |
| 10 – 19 | 26 | 16,88 | 10.949 | 27,36 | |
| 20 – 39 | 85 | 55,19 | 19.003 | 47,49 | 0,008 |
| 40 – 59 | 33 | 21,43 | 6.435 | 16,08 | |
| ≥ 60 | 10 | 6,494 | 3.631 | 9,07 | |
| Raça/cor | | | | | |
| Não negra | 25 | 16,23 | 7.597 | 18,98 | 0,385 |
| Negra | 129 | 83,77 | 32.421 | 81,02 | |
| Quantidade de violência associada^(b) | | | | | |
| 1 | 119 | 77,27 | 26.666 | 66,64 | 0,005 |
| ≥2 | 35 | 22,73 | 13.352 | 33,36 | |
| Agressão por ameaça | | | | | |
| Não | 133 | 86,36 | 29.780 | 74,42 | 0,001 |
| Sim | 21 | 13,64 | 10.238 | 25,58 | |
| Agressão por força corporal | | | | | |
| Não | 100 | 64,94 | 18.682 | 46,68 | <0,001 |
| Sim | 54 | 35,06 | 21.336 | 53,32 | |
| Agressão por objeto perfurocortante | | | | | |
| Não | 110 | 71,43 | 35.743 | 89,32 | <0,001 |
| Sim | 44 | 28,57 | 4.275 | 10,68 | |
| Agressão por arma de fogo | | | | | |
| Não | 106 | 68,83 | 38.108 | 95,23 | <0,001 |
| Sim | 48 | 31,17 | 1.910 | 4,77 | |

Fonte: elaboração própria a partir de dados disponibilizados pela Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco.

Notas: a. teste do qui-quadrado (χ^2) de Pearson; b. uma notificação pode ter mais de um tipo de violência associada.

No que se refere ao município de residência da vítima, a maior concentração dos feminicídios foi identificada naqueles de grande porte populacional (n= 80; 51,95%; p<0,05) e com classificação alta e/ou muito alta (n=81; 52,60%) do IVS. Quanto aos dispositivos assistenciais e protetivos direcionados às vítimas em situação de violência, as ocorrências se concentraram em municípios que dispõem de CEAM (n=97; 62,99%; p<0,05) ao passo que em 53,90% (n=83; p<0,05) não há referência territorial de DEAM. A oportunidade de notificação em relação à data da violência ocorreu em até 24 horas (n=69; 44,81%) e, para a maioria dos casos, houve encaminhamento para segmento local na rede intersetorial de atendimento à mulher (n=105; 68,18%; p<0,05) (Tabela 5).

Tabela 5 - Elementos territoriais, disponibilidade de equipamentos assistenciais e protetivos e dados notificação por ocorrência de feminicídio com violência interpessoal prévia. Pernambuco, 2016 a 2019

| Variáveis | Feminicídio | | | | p-valor ^(a) |
|--|-------------|-------|--------|-------|------------------------|
| | Sim | | Não | | |
| | N | % | n | % | |
| Porte populacional do município de residência (por mil habitantes) | | | | | |
| Pequeno (< 25) | 31 | 20,13 | 3.799 | 9,49 | <0,001 |
| Médio (25 – 100) | 43 | 27,92 | 11.702 | 29,24 | |
| Grande (> 100) | 80 | 51,95 | 24.517 | 61,26 | |
| IVS^(b) | | | | | |
| Muito baixa-Média | 73 | 47,40 | 20.720 | 51,78 | 0,278 |
| Alta-Muito alta | 81 | 52,60 | 19.298 | 48,22 | |
| O município de residência da vítima possui CEAM?^(c) | | | | | |
| Sim | 97 | 62,99 | 29.334 | 73,30 | 0,004 |
| Não | 57 | 37,01 | 10.684 | 26,70 | |
| O município de residência da vítima possui DEAM?^(d) | | | | | |
| Sim | 71 | 46,10 | 22.435 | 56,06 | 0,013 |
| Não | 83 | 53,90 | 17.583 | 43,94 | |
| Oportunidade de notificação em relação à data de ocorrência da violência (em horas) | | | | | |
| Até 24 | 69 | 44,81 | 18.491 | 46,21 | 0,513 |
| 24 – 48 | 35 | 22,73 | 10.134 | 25,32 | |
| > 48 | 50 | 32,47 | 11.393 | 28,47 | |
| Houve encaminhamento do caso para rede assistencial e/ou protetiva?^(e) | | | | | |
| Sim | 105 | 68,18 | 30.459 | 76,11 | 0,021 |
| Não | 49 | 31,82 | 9.559 | 23,89 | |

Fonte: elaboração própria a partir de dados disponibilizados pela Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco.

Notas: a. teste do qui-quadrado (χ^2) de Pearson; b. Índice de Vulnerabilidade Social; c. Centro Especializado de Atendimento à Mulher em Situação de Violência; d. Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher; e. admite múltiplas possibilidades de respostas.

A tabela 6 apresenta os resultados da análise de regressão logística e observam-se os valores de OR brutos e ajustados de cada bloco equivalente. Na etapa univariada, as variáveis IVS, oportunidade de notificação em relação à data de ocorrência da violência e raça/cor não atingiram significância de $p < 0,20$, revelando não haver diferença estatística entre os grupos de comparação para essas características.

No modelo final da análise múltipla hierarquizada, no nível de determinação distal, foi identificado que as seguintes variáveis elevam as chances de ocorrência do feminicídio: residir em município de pequeno porte (OR=2,10); a indisponibilidade de DEAM (OR=1,11) no município de residência da vítima; e ausência de encaminhamentos para rede assistencial e protetiva na oportunidade de agressão anterior (OR=1,32). Nos determinantes intermediários, destacou-se que quanto maior é a intensidade do meio de ação empregado na prática da violência maior é a chance do desfecho fatal, ressaltando-se o uso de objeto perfurocortante (OR=3,93) e arma de fogo (OR=11,14). E, acerca dos determinantes proximais, as vítimas inseridas na faixa etária entre 10 e 19 anos apresentaram menos chance de ocorrência do feminicídio (OR=0,51). O ajuste do modelo indicou acurácia de 99,6% e área sob a curva ROC de 0,776 (IC95% 0,73 - 0,82).

Tabela 6 - Modelo de regressão logística hierárquico para os fatores associados à ocorrência do feminicídio em Pernambuco, 2016 a 2019

(continua)

| Variáveis | Modelo I | Modelo II | Modelo III |
|--|---|---|---|
| | 1, 2 e 3 isolados OR ^(a,b) [IC95%] ^(c) | 1 + 2 OR ^(a,d) [IC95%] ^(c) | 1 + 2 + 3 OR ^(a,d) [IC95%] ^(c) |
| <i>Raça/cor</i> | | | |
| Não negra | Ref. | | |
| Negra | 1,21 [0,79-1,86] | | |
| <i>Porte populacional do município de residência (por mil habitantes)</i> | | | |
| Pequeno (< 25) | 2,22 [1,4-3,53]* | 2,05 [1,25-3,34]* | 2,10 [1,29-3,44]* |
| Médio (25 – 100) | Ref. | Ref. | Ref. |
| Grande (> 100) | 0,89 [0,61-1,29] | 0,94 [0,50-1,77] | 0,95 [0,51-1,80] |
| <i>Índice de Vulnerabilidade Social (IVS)^(e)</i> | | | |
| Muito baixa-Média | Ref. | | |
| Alta-Muito alta | 1,19 [0,87-1,64] | | |
| <i>O município de residência da vítima possui CEAM?^(f)</i> | | | |
| Sim | Ref. | Ref. | Ref. |
| Não | 1,61 [1,16-2,24]* | 0,99 [0,55-1,75] | 1,00 [0,56-1,79] |
| <i>O município de residência da vítima possui DEAM?^(g)</i> | | | |
| Sim | Ref. | Ref. | Ref. |
| Não | 1,49 [1,09-2,05]* | 1,08 [0,65-1,81] | 1,11 [0,66-1,86] |
| <i>Oportunidade de notificação em relação à data de ocorrência da violência (em horas)</i> | | | |
| Até 24 | Ref. | | |
| 24– 48 | 0,93 [0,62-1,39] | | |
| > 48 | 1,18 [0,82-1,69] | | |
| <i>Houve encaminhamento do caso para rede assistencial e/ou protetiva?^(h)</i> | | | |
| Sim | Ref. | Ref. | Ref. |
| Não | 1,49 [1,06-2,09]* | 1,37 [0,97-1,93] | 1,32 [0,93-1,86] |

Bloco I
(determinantes distais)

Tabela 6 - Modelo de regressão logística hierárquico para os fatores associados à ocorrência do feminicídio em Pernambuco, 2016 a 2019

| | | (conclusão) | | |
|---|---|---|---|--------------------|
| Variáveis | Modelo I | Modelo II | Modelo III | |
| | 1, 2 e 3 isolados OR ^(a,b) [IC95%] ^(c) | 1 + 2 OR ^(a,d) [IC95%] ^(c) | 1 + 2 + 3 OR ^(a,d) [IC95%] ^(c) | |
| Bloco II (determinantes intermediários) | <i>Quantidade de violência associada⁽ⁱ⁾</i> | | | |
| | 1 | Ref. | Ref. | |
| | ≥2 | 0,59 [0,40-0,86]* | 0,79 [0,51-1,21] | |
| | <i>Agressão por ameaça</i> | | | |
| | Não | Ref. | Ref. | Ref. |
| | Sim | 0,46 [0,29-0,73]* | 0,42 [0,25-0,70]* | 0,37 [0,23-0,60]** |
| | <i>Agressão por força corporal</i> | | | |
| | Não | Ref. | Ref. | Ref. |
| | Sim | 0,47 [0,34-0,66]** | 0,83 [0,57-1,20] | 0,71 [0,49-1,02] |
| | <i>Agressão por objeto perfurocortante</i> | | | |
| | Não | Ref. | Ref. | Ref. |
| | Sim | 3,34 [2,35-4,75]** | 4,22 [2,91-6,11]** | 3,93 [2,69-5,74]** |
| <i>Agressão por arma de fogo</i> | | | | |
| Não | Ref. | Ref. | Ref. | |
| Sim | 9,03 [6,40-12,75]** | 11,87 [8,12-17,34]** | 11,14 [7,55-16,43]** | |
| Bloco III (determinante proximal) | <i>Idade (em anos)</i> | | | |
| | 10 – 19 | 0,53 [0,34-0,82]* | | 0,51 [0,33-0,80]* |
| | 20 – 39 | Ref. | | Ref. |
| | 40 – 59 | 1,15 [0,77-1,72] | | 1,33 [0,88-1,99] |
| | ≥ 60 | 0,62 [0,32-1,19] | | 0,87 [0,44-1,74] |

Fonte: elaboração própria a partir de dados disponibilizados pela Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco.

Notas: a. *Odds Ratio*; b. bruto; c. intervalo de confiança; d. ajustado; e. Índice de Vulnerabilidade Social (envolve as dimensões de renda e trabalho, infraestrutura e capital humano); f. Centro Especializado de Atendimento à Mulher em Situação de Violência; g. Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher; h. admite múltiplas possibilidades de respostas; i. uma notificação pode ter mais de um tipo de violência associada.

* valor de $p < 0,05$;

** valor de $p < 0,001$.

8 DISCUSSÃO

Foram identificados 490 feminicídios, 171 casos a mais daqueles divulgados no relatório estatístico simplificado da SDS/PE² para o período considerado (PERNAMBUCO, 2022). A maior proporção foi classificada como íntimo e localizada pela busca manual em fontes complementares de informação. Apesar da interiorização do evento para a macrorregião Vale do São Francisco e Araripe, ressalta-se o registro em todas as regiões do estado. As seguintes variáveis foram estatisticamente significantes na análise do desfecho e o grupo de comparação (violência interpessoal): idade, quantidade de violência, meios de agressão, porte populacional do município de residência da vítima, disponibilidade dos dispositivos de CEAM e DEAM e realização de encaminhamentos para rede assistencial e protetiva na oportunidade de agressão anterior. Acrescenta-se que em todos os níveis do modelo conceitual houve variáveis associadas à maior chance de ocorrência de feminicídio.

A ausência de interoperabilidade entre os sistemas de informação intersetoriais repercute diretamente no fortalecimento de abordagens acerca violência de gênero (CARVALHO; LAGUARDIA; DESLANDES, 2022). No presente estudo, os bancos de dados da saúde elegíveis para mensurar o histórico de violência anterior retrataram a baixa captação do evento e fragilidades na qualidade dos dados. A alternativa de monitoramento das mídias noticiosas e revisão manual dos processos judiciais resgatou o maior número de feminicídios e contribuiu sobremaneira na complementação das informações de interesse. Em 2019, o Centro Nacional de Prevenção e Controle de Lesões do *Centers for Disease control and Prevotion* (CDC) desenvolveu a primeira estratégia de ciência de dados para prevenção de lesões e violências. Os conceitos relacionam-se à necessidade de ampliar a disponibilidade de dados, melhorar a utilidade dos sistemas de informações atuais com técnicas de vinculações e aumentar a eficiência dos processos analíticos e científicos (BALLESTEROS *et al.*, 2020).

Os feminicídios foram mais frequentes em mulheres com idade entre 20 e 29 anos. Uma análise territorial dos homicídios de mulheres e meninas ocorridos no

² Constam no *site* www.sds.pe.gov.br/estatistica sob domínio público microdados consolidados, boletins informativos e painel de indicadores criminais acerca de crimes violentos letais intencionais, crimes contra o patrimônio, violência doméstica e familiar contra a mulher e, ainda, de estupro.

estado do Paraná (PR) evidenciou que o risco era maior naquelas mais jovens (WANZINACK *et al.*, 2020). O elevado custo social que as mortes evitáveis por agressão ocasionam têm sido objeto crescente de estudo. Análise realizada em 16 estados americanos apontou que as mulheres morreram 5,1 anos antes quando comparado à parceria do sexo masculino e que há disparidades em minorias raciais e étnicas (GRAHAM *et al.*, 2021). No México, o peso das mortes violentas nos anos de expectativa de vida perdidos alcançou maior representação nos triênios 2002-2004 e 2012-2014 ao considerar a faixa etária de 15 a 29 anos (GONZÁLEZ-PÉREZ *et al.*, 2017). Em 2019, de acordo com os dados do Carga Global de Doenças divulgados pelo *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) da Universidade de Washington (EUA), o Brasil obteve a 26ª maior taxa de anos vida perdidos para morte prematura ou incapacidade por violência interpessoal contra a mulher (317,4 por 100.000), o que afasta o cumprimento dos objetivos específicos relacionados na Agenda 2030 (IHME, 2021; PINTO *et al.*, 2022).

Em relação à raça/cor, observou-se que mais de 80% das mulheres vítimas de feminicídio eram negras. No entanto, assim como para a variável oportunidade de notificação e índice de vulnerabilidade social do município de residência, cabe destacar que não houve diferença estatística entre as mulheres vítimas de violência interpessoal e aquelas que tiveram o desfecho fatal. Ou seja, ambos os grupos estão sujeitos à contínua exposição de fatores que reforçam cenários de iniquidades, subalternidades e interferem na ocorrência de agravos violentos. Segundo dados publicados pelo Atlas da Violência, elaborado pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, a taxa de homicídios de mulheres negras em 2019 foi 65,8% superior à de não negras (ATLAS DA VIOLÊNCIA, 2021). Essa assimetria é estrutural e relaciona-se diretamente com a produção insuficiente de políticas públicas voltadas à promoção da equidade étnico-racial (FERREIRA *et al.*, 2021; MENEGHEL *et al.*, 2017; WERNECK, 2016).

A eliminação sistemática de corpos vulnerabilizados configura como necropolítica de gênero (NIELSSON, 2020). Por meio da dimensão criminológica do sistema de justiça, contribuições retratam que as mulheres negras estão sujeitas a violências simbólicas graves, objetificação e a terem suas identidades silenciadas sob o tratamento do discurso jurídico hegemônico (BORGES; ABREU, 2021; GARCIA, 2020). A articulação das categorias de raça/cor, classe e sexualidade é indispensável ao considerar as múltiplas facetas de exploração e a função territorial dessas mortes,

que moldam processos de saúde-doença e hierarquizam as experiências sociais (ALVES; PEDROSO; GUIMARÃES, 2019; PASSOS; SOUZA, 2021).

A maior parte das vítimas não possuíam companheiro(a) e contavam com mais de 8 anos completos de estudo. Este achado vai de encontro com a literatura, na qual as mulheres com baixa escolaridade possuem reduzidas alternativas de ascensão socioeconômica e, por consequência, estão sujeitas a percepções limitadas das situações adversas e maior dependência financeira da parceria (CAMPBELL *et al.*, 2019; FORMIGA *et al.*, 2021; HOLANDA *et al.*, 2018). No Equador, as mulheres que não tiveram a oportunidade de frequentar a escola estiveram associadas ao maior risco de ocorrência de violência psicológica, econômica e física (EDEBY; SEBASTIÁN, 2021). Por outro lado, também cabe a interpretação da qual o maior nível de instrução da mulher encoraja o rompimento de relações tóxicas e a busca por medidas protetivas, o que pode desafiar a superioridade masculina e elevar tensionamentos interpessoais (BHONA *et al.*, 2019; ORELLANA *et al.*, 2019).

O local da ocorrência deu-se em proporções semelhantes no domicílio e em estabelecimentos de saúde. Este achado releva um cenário simbólico onde o crime é perpetrado e, quando não consumado de imediato, as vítimas são removidas para tentativa da prestação de assistência diante da gravidade das lesões (MENEGHEL *et al.*, 2017; WANZINACK; MÉLO, 2021). O ambiente doméstico, por vezes, é um local de insegurança e privação no qual as mulheres estão vulneráveis a violações diversas (SOARES; GUIMARÃES; BONFADA, 2021; WERMUTH; MORI; PIRES, 2021). A atenção primária à saúde (APS) é um dispositivo estratégico para desenvolver atividades de gênero e saúde, prevenção e enfrentamento à violência por estar inserida no território e ser ordenadora do cuidado em rede (ARBOIT *et al.*, 2018; MACHADO; CASTANHEIRA; ALMEIDA, 2021). Mas, torna-se necessário que a educação continuada seja processual entre os profissionais para ressignificar discursos de culpabilização da vítima e percepções de que a violência é circunscrita ao tipo física, o que poderá repercutir em acolhimentos qualificados e direcionamentos oportunos que podem salvar vidas (SILVA *et al.*, 2022).

A quase totalidade dos casos foi registrada como homicídio incluído o código de agressão na causa básica de óbito. Os campos da DO destinados à descrição sumária das circunstâncias de morte além de serem insuficientes, por vezes, não são preenchidos. Apesar de ser um bloco cuja informações serão utilizadas em caráter estritamente epidemiológico, este fato pode estar associado a insegurança do

profissional médico em antecipar elementos que só serão definidos em perícias ou posterior instauração de inquérito policial (CUNHA; TEIXEIRA; FRANCA, 2017; LOPES *et al.*, 2018). Acrescenta-se a existência de casos que foram enquadrados em intenção indeterminada. Assim, ressalta-se a relevância de métodos de relacionamento de banco de dados, uso de fontes complementares de informação, redistribuição proporcional e aplicação de fatores de correção para ajustes de estimativas de possíveis crimes por razão de gênero (GARCIA *et al.*, 2015; LOPES *et al.*, 2018; MEIRA *et al.*, 2021; SOARES FILHO *et al.*, 2019; SOUZA; SOUZA; PINTO, 2019).

O crime foi classificado como íntimo, houve o registro e publicação da sentença condenatória e parcela significativa dos processos judiciais encontravam-se em tramitação. Achados revelam que apesar de avanços na tipificação legal do feminicídio, persistem desafios na compreensão da intersecção de marcadores estruturais de gênero, raça e classe nas investigações criminais, nas especificações de laudos periciais e nas instruções processuais (ÁVILA *et al.*, 2021; OLIVEIRA *et al.*, 2020; O'DWYER, 2019). À exemplo, em análises de inquéritos policiais no estado de Santa Catarina (SC), a investigação sob o recorte de gênero somente foi adotada após diligências institucionais e, não foi averiguada a ocorrência de possível violência sexual mesmo diante de situações sugestivas (PINTO, 2021). Em reflexo, o tempo do tratamento dos crimes por razões de gênero também é comprometido o que contribui para sensação de impunidade e tolerância estatal (ROSENBLATT; SILVA, 2022).

É necessário pontuar que cerca de 20% dos crimes foram cometidos na presença de ascendentes ou descendentes da vítima. A exposição dos filhos às experiências adversas no ambiente domiciliar compartilhado pode desencadear comportamentos externalizadores negativos e, sobretudo, contribuir para a manutenção de ciclos intergeracionais da violência (CHUNG *et al.*, 2021; MIEDEMA; KYAW, 2022). Pesquisa longitudinal prospectiva constatou que adolescentes que foram expostos a conflitos familiares foi condição preditiva para a ocorrência de violência por parceiro íntimo na vida adulta (THULIN; HEINZE; ZIMMERMAN, 2021). No Brasil, atualmente os instrumentos oficiais de notificação, seja de óbito ou de violência interpessoal, não possuem campos destinados ao registro de antecedentes obstétricos das vítimas ou se a prática foi presenciada. Portanto, a adaptação torna-se necessária para reconhecer os riscos envolvidos e direcionar intervenções intersetoriais para o segmento dos grupos vulnerabilizados, especialmente as vítimas

indiretas e os órfãos do feminicídio (MAZZA *et al.*, 2021).

Diante dos diversos significados da violência, a discussão da rede de apoio ao segmento de saúde mental deve ser preventiva e sob uma perspectiva abrangente (KAFKA *et al.*, 2021). Por exemplo, neste estudo, no grupo de violência interpessoal 315 mulheres tinham histórico de tentativa de suicídio anterior. Cabe a reflexão acerca da possibilidade dessas situações estressoras estarem associadas a um contexto de violência doméstica. Também foi evidenciado que em alguns casos o perpetrador cometeu suicídio após a prática do crime. Acerca desse último, estudo que analisou transtornos mentais e características clínicas dos autores do feminicídio íntimo na Suécia constatou que esse fenômeno está intimamente associado, acometendo 1 em cada 5 agressores (CAMAN; STURUP; HOWNER, 2022). As causas relacionadas são múltiplas e podem ser compreendidas pela impulsionalidade da ação, para evitar consequências legais e sociais ou como extensão da intenção suicida (KAFKA *et al.*, 2022; LÓPEZ-OSSORIO *et al.*, 2020; ZEPPEGNO *et al.*, 2019).

A análise espacial constatou a ocorrência de feminicídio em todas as macrorregiões de Pernambuco. Foi identificadas áreas em transição epidemiológica, isto é, que podem sinalizar possíveis rotas críticas para a manutenção de violência e criminalidade (PIMENTEL *et al.*, 2020). Este fato está relacionado com a heterogeneidade territorial existente, a qual repercute em localidades que experenciam fragilidades nos indicadores socioeconômicos, sensíveis, por sua vez, aos diferentes graus de alcance dos instrumentos de políticas públicas (BARROS *et al.*, 2021a; HISSA-TEIXEIRA, 2018; WANZINACK; SIGNORELLI; REIS, 2018). A correlação espacial positiva sugeriu a interiorização do evento para o Vale do São Francisco e Araripe. Localidades em que historicamente os aspectos conservadores, culturas de honra e normas rígidas de gênero são enaltecidos, implicam em submissões, violações crônicas e dificuldade de romper o silêncio pelas mulheres (BURGOS-MUÑOZ *et al.*, 2021; MANNEL *et al.*, 2022; HERRERO-ARIAS *et al.*, 2021; SILVA; DIMENSTEIN; DANTAS, 2018).

Entre os fatores associados à ocorrência do feminicídio destacam-se: residir em município de pequeno porte, indisponibilidade de CEAM e DEAM e ausência de encaminhamentos para rede assistencial e protetiva na ocasião de agressão anterior. A insuficiência e distribuição não equânime dos equipamentos no território, sobretudo aqueles que prestam suporte jurídico e psicossocial, reduzem oportunidades de intervenções especialmente em municípios de pequeno porte. Estudo realizado na

zona central de Gondar, Noroeste da Etiópia, identificou que a presença de apoio social detinha efeito positivo para diminuir a ocorrência de violência por parceiro íntimo (SHITU; YESHANEH; ABEBE, 2021). Recente publicação constatou que a presença de delegacias especializadas no território brasileiro reduz a letalidade por agressões contra as mulheres entre 10 a 13% na média. No entanto, este impacto protetivo sobre as mulheres negras está concentrado naquelas que residem em municípios desenvolvidos em níveis educacionais e de infraestrutura (ARVATE *et al.*, 2022).

E, acerca dos aspectos relacionais, quanto mais intensa foi o meio de agressão, maior foram as chances de desfechos letais. No presente estudo, as vítimas que foram agredidas por objetos perfurocortantes e arma de fogo tiveram, respectivamente, quatro e onze vezes mais chances de serem assassinadas. A interação dos diversos tipos, circunstâncias e recidivas de violência são elementos presentes no percurso que antecede o feminicídio (ÁVILA *et al.*, 2021; NESCA *et al.*, 2021; NIHEL *et al.*, 2021). Os laudos periciais tanatoscópicos e relatórios de necropsias do IML de Petrolina (PE) indicaram que o uso de arma branca esteve presente em 70% dos homicídios femininos ocorridos em 2015 e, sob a lente de gênero, observou-se que as características das lesões denotam padrões distintos (CAMPOS *et al.*, 2019). Uma meta-análise que examinou a vitimização feminina relaciona a produção de ameaças, estrangulamento não fatal anterior e o acesso direto a uma arma de fogo pelo agressor como fatores de risco mais fortes para ocorrência de homicídios (SPENCER; STITH, 2018). Quanto a esse último, o resgate de práticas exitosas, como o estatuto do desarmamento e consensos em legislações internacionais que tratam a temática com maior rigor, deve ser evidenciado (LEE *et al.*, 2017).

As limitações desse estudo foram inerentes ao uso de dados secundários, os quais admitem subnotificações dos eventos e fragilidades na qualidade do preenchimento, a considerar as dimensões de completude, duplicidade e consistência em campos essenciais. A declaração de óbito não possui campos destinados ao registro de informações acerca das motivações e autoria dos crimes, o que inviabiliza, por exemplo, o reconhecimento da real magnitude dos feminicídios. Assim, inicialmente foi delineado como percurso metodológico o relacionamento dos bancos de dados da saúde, sistema judiciário e da defesa social. Devido a ausência de identificadores unívocos, foi definido o método probabilístico, o que pode ocasionar no não pareamento da totalidade dos registros diante dos pontos já mencionados acima e erros nas etapas de vinculação, ainda que se tenha tomado precauções para

minimizar possíveis implicações na robustez dos resultados.

No entanto, é importante mencionar algumas restrições que refletiram na oportunidade de explorar a compreensão de históricos de notificações anteriores e solicitações de medidas protetivas ao Estado, caracterização a vítima, aspectos da violência de gênero e fatores de risco. O relatório detalhado de ocorrências realizado pela central metropolitana de regulação médica do SAMU apresentou baixa proporção de registros válidos, o que inviabilizou a sua utilização; o acesso aos dados da SDS/PE foi indeferido; e, acerca do TJPE, o retorno a solicitação não foi oportuno e, ainda assim, o órgão não dispõe de um banco de dados único com os registros consolidados. Como alternativa, foi adotado o monitoramento de veiculações noticiosas *online* e a revisão manual dos processos judiciais sob domínio público no *site* do TJPE, os quais estão sujeitos, respectivamente, ao viés de informação (imprecisões e julgamento editorial) e a indisponibilidade da descrição e tratamento dos casos que correm em segredo de justiça. Além disso, a interpretação da análise espacial por macrorregiões de saúde pode mascarar desigualdades que seriam apresentadas em unidades menores.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O feminicídio representa o fim de um ciclo contínuo de violências e reflete, sobretudo, a baixa efetividade e integração dos sistemas de saúde pública, educação, segurança e justiça. Apesar de avanços no reconhecimento da tipificação legal como crime hediondo, permanecem desafios no aprimoramento de fluxos metodológicos relacionados a garantia de acesso, a qualidade da atenção e encaminhamentos oportunos. Isso inclui a valorização de relatos de episódios de violência anteriores, avaliação de riscos, a extinção de práticas de revitimização e violências institucionais. Dessa forma, a ocorrência de mortes violentas, anunciadas e potencialmente evitáveis revela indicadores de vulnerabilidade. E, transversalmente, a insuficiência do Estado em atuar com diligência em aspectos preventivos, no fornecimento de amparos protetivos, na investigação oportuna e na garantia de uma justa e eficaz reparação às vítimas.

A caracterização da população de estudo pode proporcionar a ampliação dos conhecimentos sobre violência estrutural contra as mulheres, aspectos da notificação e da rede assistencial e protetiva. Com relação a análise espacial foi possível identificar a interiorização do evento para a macrorregião Vale do São Francisco e Araripe do estado, mas também áreas de transição, as quais requerem priorização de intervenções abrangentes. E, conforme evidenciado pela modelagem, as mulheres estão expostas à múltiplos fatores de riscos para ocorrência de feminicídio e a discussão, de modo particularizado de todos os níveis de determinação, se faz ainda mais necessária.

Os desdobramentos devem subsidiar a readequação de políticas públicas intersetoriais nas diversas especificidades territoriais através da redução das desigualdades sociais dada as amplas repercussões ocasionadas; transformações das normas tradicionais de gênero, eliminando a reprodução de costumes machistas e misóginos; prevenção social da violência; ampliação, fortalecimento e divulgação da rede de enfrentamento das diversas formas de violência que permeiam a vida das mulheres; discussões sistemáticas com os profissionais de saúde e operadores do setor jurídico-policial acerca da adequada aplicação dos protocolos existentes sob a ótica de atuação integrada e pautada no reconhecimento dos marcadores de interseccionalidade.

Ainda que os impactos sociais ocasionados pela pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2) não tenham sido objetos do presente estudo, é

indispensável o desenvolvimento de futuras análises com a perspectiva da teoria sindêmica. Estabelecer relações acerca de como a crise política, econômica, sanitária e ambiental se articularam e amplificaram as vulnerabilidades na vida das mulheres, nelas incluída a violência, é urgente. Os desafios exigem a reestruturação de políticas sensíveis de gênero, integração intersetorial e fortalecimento da proteção social, sobretudo em cenários de constantes medidas de austeridades, o que prejudica fortemente a garantia de direitos fundamentais.

10 RECOMENDAÇÕES

Por fim, ressalta-se que a gestão de informações relativas à violência de gênero deve ser concomitante às mudanças estruturais mencionadas, tendo em vista a função social, política, epidemiológica e de gestão que desempenha. Dessa forma, é possível relacionar as seguintes recomendações:

- a) À Central metropolitana de regulação médica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Recife/PE: rotina de qualificar os dados registrados no relatório detalhado de ocorrências (relatórios *web*), sobretudo em termos de completude e consistência dos campos; além de ampliar o rol de variáveis que melhor permitam caracterizar a vítima e a ocorrência, à exemplo de sexo, idade, raça/cor, encaminhamentos realizados etc.;
- b) À Coordenação de Vigilância de Acidentes e Violência da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco: monitoramento sistemático da qualidade do banco de dados; incorporar na rotina do setor a vigilância de mídias noticiosas e o relacionamento com as demais fontes de informações institucionais acerca dos eventos de interesse à saúde; propor às respectivas áreas técnicas a revisão dos campos da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada ressaltando, por exemplo, a necessidade de incluir variáveis que permitam caracterizar antecedentes obstétricos da mulher (quando se aplicar) e programações no sistema de informação que evitem a entrada de fichas com as variáveis de preenchimento obrigatório em branco, inconsistências e duplicidades; e, regularmente, capacitar os profissionais de saúde envolvidos no processo de notificação;
- c) À Coordenação do Sistema de Informações sobre Mortalidade e Vigilância dos Óbitos da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco: monitoramento sistemático da qualidade do banco de dados; incorporar na rotina do setor a vigilância de mídias noticiosas e o relacionamento com as demais fontes de informações institucionais acerca dos eventos de interesse à saúde, de forma que possibilite o reconhecimento das circunstâncias que qualificam os feminicídios e reclassifiquem, por exemplo, as causas externas inicialmente definidas como não especificada, ou de intenção indeterminada; além de, regularmente, capacitar a categoria médica sobre o preenchimento adequado

- das declarações de óbitos;
- d) Ao Tribunal de Justiça de Pernambuco: resposta à solicitação de acesso à informação via ouvidoria em tempo oportuno ou mesmo definir previsão de atendimento; registro dos conteúdos dos autos processuais em formato de banco de dados consolidado de forma que possibilite gerar relatórios estatísticos de acesso público, subsidiar pesquisas e demais interesses intersetoriais;
- e) À Secretaria de Defesa Social do Estado de Pernambuco: maior implicação com os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) acerca da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e demais dispositivos legais que regulam o acesso às informações, sobretudo quando sua aplicação excetua ao tratamento de dados pessoais realizados para fins exclusivamente acadêmicos; além de definir o modo de acesso naquelas hipóteses permitidas; e, acerca dos microdados consolidados, boletins informativos e painel de indicadores criminais disponibilizados publicamente, é necessário a inclusão de variáveis que ampliem a caracterização da vítima, autor do crime, motivações empregadas e encaminhamentos realizados.

REFERÊNCIAS

- ABATH, Marcella de Brito *et al.* Avaliação da completude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília*, v. 23, n. 1, p. 131-142, 2014.
- ACOSTA, Daniele Ferreira *et al.* Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica. *Texto Contexto Enfermagem*, Rio Grande do Sul, v. 26, n. 3, e6770015, 2017.
- AGUIAR, Janaina Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Mudanças históricas na rede intersetorial de serviços voltados à violência contra a mulher – São Paulo, Brasil. *Interface (Botucatu) [online]*, Botucatu, v. 24, e190486, 2020.
- AIRES, Kássio Henrique dos Santos. A mulher e o ordenamento jurídico: Uma análise do tratamento de gênero pela legislação civil brasileira. *Âmbito Jurídico*, [s. l.], n. 166, 2017.
- AIZPURUA, Eva *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*, [s. l.], p.1, 2017.
- ALBUQUERQUE, Kristine Kelly de. Diálogos de gênero na educação: considerações sobre o projeto Lei Maria da Penha vai às escolas. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 28, n. 2, e60485, 2020.
- ALMEIDA, Aline Dutra Silva Puttim de; TOLENTINO, Marcos. Violência contra a mulher nos meios de comunicação: notícias sobre feminicídio em websites do município de Teixeira de Freitas-BA. *Opará: Etnicidades, Movimentos Sociais e Educação*, Paulo Afonso, v. 8, n. 12, 18 p., 2020.
- ALVES; Natália Cristina; PEDROSO, Mateus Fachin; GUIMARÃES, Raul Borges. Corpos que falam: interpretações geográficas entre saúde, gênero e espaço. *Caderno Prudentino de Geografia*, [s. l.], n. 41, v. 3, p. 09-24, 2019.
- AMARIJO, Cristiane Lopes *et al.* Assimilação teórica e prática da violência doméstica: profissionais de enfermagem atendendo vítimas na atenção primária. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 26:e33874, 2018.
- AMEGBOR, Prince *et al.* Examining Spatial Variability in the Association Between Male Partner Alcohol Misuse and Intimate Partner Violence Against Women in Ghana: A GWR Analysis. *Journal of Interpersonal Violence*, [s. l.], v. 36, n. 23-24, p. 12855-12874, 2021.
- AMUSA, Lateef; BENGESAI, Annah; KHAN, Hafiz. Predicting the Vulnerability of Women to Intimate Partner Violence in South Africa: Evidence from Tree-based Machine Learning Techniques. *Journal of Interpersonal Violence*, [s. l.], v. 37, n. 4, p. 1-18, 2020.

ANSELIN, Luc; BAO, Shuming. Exploratory Spatial Data Analysis Linking SpaceStat and ArcView. *Springer*, Berlim, Heidelberg; p. 35 – 59, 1997. Disponível em: https://researchrepository.wvu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1203&context=rri_pubs. Acesso em: 18 maio 2021.

ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. *Fórum Brasileiro de Segurança Pública* (ORG.), 2022. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/anuario-brasileiro-seguranca-publica/>. Acesso em: 18 jul. 2022.

ARBOIT, Jaqueline *et al.* Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 506-517, 2018.

ARVATE, Paulo *et al.* Structural Advocacy Organizations and Intersectional Outcomes: Effects of Women's Police Stations on Female Homicides. *Public Administration Review*, [s. l.], v. 82, issue 3, p. 503-521, 2022.

ATLAS DA VIOLÊNCIA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (ORG.). Brasília – DF, 2020. DOI: <https://dx.doi.org/10.38116.riatlasdaviolencia2020>. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/08/atlas-da-violencia-2020.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2021.

ATLAS DA VIOLÊNCIA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (ORG.). Brasília – DF, 2021. ISSN: 2764-0361 Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/1375-atlasdaviolencia2021completo.pdf>. Acesso em: 24 abril. 2022.

ÁVILA, Thiago Pierobom de *et al.* Análise de fluxo processual de feminicídios: reflexões para o aperfeiçoamento da persecução penal. *Quaestio Iuris*, Rio de Janeiro, v.14, n. 4, p. 2199-2229, 2021.

BALBINNOTI, Izabele. A violência contra a mulher como expressão do patriarcado e do machismo. *Revista da ESMESC*, [s. l.], v. 25, n. 31, p. 239 - 264, 2018.

BALLESTEROS, Michael *et al.* Advancing injury and violence prevention through data science. *Journal of Safety Research*, [s. l.], n. 73, p. 189-193, 2020.

BARROS, Sheyla Carvalho de *et al.* Spatial analysis of female intentional homicides. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, [s. l.], v. 55, e03770, p. 1-9, 2021a.

BARROS, Sheyla Carvalho de *et al.* Factors associated with the homicides of women who are victims of violence. *Revista Brasileira de Enfermagem [online]*, [s. l.], v. 74, n. 5, e20200630, 2021b.

BARUFALDI, Laura Augusta *et al.* Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2929 - 2938, 2017.

BATISTA, Kevin Samuel Alves; LIMA, Alúcio Ferreira de. Por uma implicação política e conceitual nos estudos sobre homens, masculinidades e violência de gênero. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, Londrina, v. 38, n. 2, p. 175-188, 2017

BEAUVOIR, Simone de. *O segundo sexo: a experiência vivida*. 2. ed. São Paulo: Difusão Européia do Livro, v. II, 1967, 500p.

BENCH, Lawrence; ALLEN, Terry; DOUGLAS, Emily. Spatial and Temporal Distance Between the Victim and Offender as a Factor in Protective Order Violations: How Much Distance is Enough? *Violence Against Women*, [s. l.], 2021.

BENEBO, Faith Owunari; SCHUMANN, Barbara; VAEZGHASEMI, Masoud. Intimate partner violence against women in Nigeria: a multilevel study investigating the effect of women's status and community norms. *BMC Womens Health*, [s. l.], v. 18, n. 136, 2018.

BHONA, Fernanda Monteiro de Castro *et al.* Fatores socioeconômicos e violência por parceiro íntimo: uma pesquisa domiciliar. *Trends in Psychology*, Ribeirão Preto, v. 27, n. 1, p. 205-218, 2019.

BILLAND, Jan; PAIVA, Vera Silvia Facciolla. Desconstruindo expectativas de gênero a partir de uma posição minoritária: como dialogar com homens autores de violência contra mulheres?. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2979-2988, 2017.

BIROLI, Flávia. *Gênero e desigualdades: limites da democracia no Brasil*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2018, 252 p.

BORDONI, Polyanna Helena Coelho *et al.* Violência física contra mulheres: estudo em três bases de dados nacionais (SINAN, SIH e SIM) e no contexto da COVID-19. *Journal of Health and Biological Sciences*, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 1-8, 2021.

BORGES, Clara Maria Roman; ABREU, Ana Cláudia da Silva. As vozes silenciadas nas denúncias de feminicídio no estado do Paraná (2015-2020): contribuições para um olhar descolonial do sistema de justiça criminal. *Argumenta Journal Law*, Jacarezinho, n. 35, p. 20-49, 2021.

BORGHI, Carolina Michelin Sanches de Oliveira; OLIVEIRA, Rosely Magalhães de; SEVALHO, Gil. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 869-897, 2018.

BRANDÃO, Elaine Reis; Lopes, Rebecca Faray Ferreira. “Não é competência do professor ser sexólogo” O debate público sobre gênero e sexualidade no Plano Nacional de Educação. *Civitas*, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 100-123, 2018.

BRASIL Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para assuntos jurídicos. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília – 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

Acesso em: 18 maio 2021.

BRASIL. Presidência da República. *Lei federal nº 10.778, de 24 de novembro de 2003*. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, 2003; Seção 1, p. 11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 82 p

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 936, de 19 de maio de 2004*. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de núcleos de prevenção à violência em Estados e Municípios. Diário Oficial da União nº 96, Brasília, 2004; Seção 1. 2004b. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.html. Acesso em: 28 de junho de 2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para assuntos jurídicos. *Lei 11.340 de 7 de agosto de 2006*. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília – DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Introdução à Estatística Espacial para a Saúde Pública* / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; Simone M. Santos, Wayner V. Souza, organizadores. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 120 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Capacitação e Atualização em Geoprocessamento em Saúde; 3) ISBN 978-85-334-1427.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto nº 7.393, de 15 de dezembro de 2010*. Dispõe sobre a Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7393.htm. Acesso em: 28 de junho de 2022.

BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. Brasília: 2011. 46p. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso: 28 de junho de 2022.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013*.

Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2013. 2013a. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/30036219/do1-2013-03-14-decreto-n-7-958-de-13-de-marco-de-2013-30036209. Acesso em: 28 de junho de 2022.

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013.* Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília, 2013. 2013b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm. Acesso em: 28 de junho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM nº 485, de 1º de abril de 2014.* Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html. Acesso em: 28 de junho de 2022.

BRASIL Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para assuntos jurídicos. *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 – DF, 2015a.

BRASIL. *Portaria interministerial nº 288, de 25 de março de 2015.* Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios. Brasília, 2015b. Disponível em: <http://138.68.60.75/images/portarias/marco2015/dia26/portinter288.pdf>. Acesso em: 28 de junho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada* [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Diretrizes Nacionais Feminicídio. *Investigar, processar e julgar com a perspectiva de gênero as mortes violentas de mulheres.* Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres – ONU Mulheres, Secretaria de Política para as Mulheres, Secretaria Nacional de Segurança Pública; Brasília, 2016b.

BRASIL. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. *Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil.* Datafolha. Instituto de Pesquisas. 2. ed. 2019a. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/02/relatorio-pesquisa-2019-v6.pdf>. Acesso em 18 maio 2021.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para assuntos jurídicos. *Lei nº 13.871, de 17 de setembro de 2019.* Altera a Lei nº 11.340, de 7 de

agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), para dispor sobre a responsabilidade do agressor pelo ressarcimento dos custos relacionados aos serviços de saúde prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) às vítimas de violência doméstica e familiar e aos dispositivos de segurança por elas utilizados. Brasília – DF, 2019b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13871.htm. Acesso em: 18 maio 2021.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para assuntos jurídicos. *Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019*. Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. Brasília – DF, 2019c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13931.htm. Acesso em: 18 maio de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Caderno de análise. Roteiro para uso do Sinan-net, análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais. Violência Interpessoal / Autoprovocada. Departamento Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2019 (versão preliminar). 75p. 2019d. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Violencia/CADERNO_ANALISE_SINAN_Marco_2019_V1.pdf. Acesso em: 28 de junho de 2022.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto nº 10.568, de 9 de dezembro de 2020*. Institui o Comitê Intersectorial do Plano Nacional de Enfrentamento ao Feminicídio. Brasília, 2020. Disponível em: http://planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10568.htm#:~:text=O%20Plano%20Nacional%20de%20Enfrentamento%20ao%20Femic%C3%ADdio%20ter%C3%A1%20como%20objetivo,de%20a%C3%A7%C3%B5es%20integradas%20e%20intersetoriais. Acesso em: 28 de junho de 2022.

BRASIL. Presidência da República. *Decreto nº 10.906, de 20 de dezembro de 2021*. Institui o Plano Nacional de Enfrentamento ao Feminicídio. Brasília, 2021a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-10.906-de-20-de-dezembro-de-2021-368988173>. Acesso em: 28 de junho de 2022.

BRASIL. Presidência da República. *Portaria nº 426, de 8 de fevereiro de 2021*. Designar os seguintes membros titulares e suplentes do Poder Público Federal para compor o Comitê Intersectorial do Plano Nacional de Enfrentamento ao Feminicídio. 2021b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-426-de-8-de-fevereiro-de-2021-302776728>. Acesso em: 28 de junho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS). *População residente - estudo de estimativas populacionais por município, idade e sexo 2000-2021 - Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?popvs/cnv/popbr.def>. Acesso em: 28 de junho de 2022.

BRUSTULIN, Rafael; MARSON, Poliana Guerino. Inclusão de etapa de pós-

processamento determinístico para o aumento de performance do relacionamento (linkage) probabilístico. *Cadernos de Saúde Pública*, [s. l.], v. 34, n. 6, e00088117, 2018.

BUENO, Alexandra Padilha. *Viribus Unitis: a questão da conquista do voto feminino*. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, e. 00110718, 2019.

BURGOS-MUÑOZ, Ruth *et al.* Intimate partner violence against reproductive-age women and associated factors in Peru: evidence from national surveys, 2015–2017. *Heliyon*, [s. l.], v. 7, n. 7, p. 1-7, 2021.

CAICEDO-ROA, Monica *et al.* Femicídios na cidade de Campinas, São Paulo, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 6, e00110718, 2019.

CAICEDO-ROA, Mônica *et al.* Queima às bruxas: feminismo e feminicídios íntimos por queimadura em uma metrópole brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 27, n. 2, p. 525-534, 2022.

CAICEDO-ROA, Mônica; CORDEIRO, Ricardo Carlos; BANDEIRA, Lourdes Maria. *Research, Society and Development*, [s. l.], v. 11, n. 1, e17811125011, 2022.

CALLANDER, Emily *et al.* Cost of intimate partner violence during pregnancy and postpartum to health services: a data linkage study in Queensland, Australia. *Archives of Women's Mental Health*, [s. l.], n. 24, p. 773-779, 2021.

CAMAN, Shilan. *et al.* Trends in rates and characteristics of intimate partner homicides between 1990 and 2013. *Journal of Criminal Justice*, [s. l.], v. 49, p. 14-21, 2017.

CAMAN, Shilan; STURUP, Joakim; HOWNER, Katarina. Mental Disorders and Intimate Partner Femicide: Clinical Characteristics in Perpetrators of Intimate Partner Femicide and Male-to-Male Homicide. *Frontiers in Psychiatry*, [s. l.], v. 13, n. 844807, p. 1-10, 2022.

CÂMARA, Gilberto *et al.* Análise espacial de dados geográficos: Análise espacial de áreas. Brasília, EMBRAPA, 2004. Cap. 5, 44 p. Disponível em: <http://www.dpi.inpe.br/gilberto/livro/analise/cap5-areas.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2021.

CAMARGO JR, Kenneth R; COELI, Cláudia M. Reclink: aplicativo para o relacionamento de bases de dados, implementando o método probabilistic Record linkage. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 439-447, 2000.

CAMARGO-JR, Kenneth R; COELI, Claudia Medina. Tutorial Reclink III: relacionamento probabilístico de registros. Versão 3.1.6.3160. Rio de Janeiro, 2007.

CAMARGO-JR, Kenneth Rochel; COELI, Cláudia Medina. OpenRecLink. Guia do Usuário. Rio de Janeiro. 2012: 54p.

CAMPBELL, Julia *et al.* The Relative Risk of Intimate Partner and Other Homicide

Victimization by State-Level Gender Inequity in the United States, 2000–2017. *Violence and Gender*, [s. l.], v. 6, n. 4, p. 211-218, 2019.

CAMPOS, Carmem Hein de. Lei Maria da Penha: necessidade de um novo giro paradigmático. *Revista Brasileira de Segurança Pública*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 10-22, 2017.

CAMPOS, Carmem Hein de; GIANEZINI, Kelly. Lei Maria da Penha: do protagonismo feminista às resistências jurídicas. *Revista Juris Poiesis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 29, p. 270-288, 2019.

CAMPOS, Maria Elda Alves de Lacerda *et al.* Mortalidade por homicídio a partir de dados do Instituto de Medicina Legal. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Vitória, v. 21, n. 3, p. 93-102, 2019.

CARNEIRO, Jordana Brock *et al.* Domestic violence: repercussions for women and children. *Escola Anna Nery*, [s. l.], v. 21, n. 4, p. 1-7, 2017.

CARONE, Renata Rodrigues. A atuação do movimento feminista no legislativo federal: caso da Lei Maria da Penha. *Lua Nova*, São Paulo, n. 105, p. 181-216, 2018.

CARRASCO, Vanessa East; BENAVENTE, Anastasia María. Colectivo Las Tesis “Y la culpa no era mía ni donde estaba ni como vestía. El violador eres tú”. *Revista Nomadías*, Chile, n. 29, p. 331-343, 2020.

CARVALHO, Erika Fernanda Marins de; LAGUARDIA, Josué; DESLANDES, Suely Ferreira. Sistemas de Informação sobre violência contra as mulheres: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 27, n. 4, p. 1273-1287, 2022.

CAVALCANTI, Gisélia de Moura Bezerra *et al.* A violência contra a mulher no Sistema Único de Saúde. *Revista online de pesquisa: cuidado é fundamental*, [s. l.], v. 12, p. 146-154, 2020.

CEPAL. *La pandemia en la sombra: femicidios o feminicidios ocurridos en 2020 en América Latina y el Caribe*. Observatório de Igualdade de Gênero de América Latina y el Caribe. Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2021. Disponível em: https://oig.cepal.org/sites/default/files/21-00793_folleto_la_pandemia_en_la_sombra_web.pdf. Acesso em: 28 de junho de 2022.

CHAI, Cássius Guimarães; SANTOS, Jéssica Pereira dos; CHAVES, Denisson Gonçalves. Violência institucional contra a mulher: o poder judiciário, de pretenso protetor a efetivo agressor. *Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM*, Santa Maria, v. 13, n. 2, p. 640-665, 2018.

CHEHAB, Isabelle Maria Campos Vasconcelos. Movimentos Feministas no Brasil: Ciclos Históricos, Velhos Desafios e Novas Propostas de Resistência no Contexto da Pós-democracia. *Revista Themis*, Fortaleza, v. 16, n. 2, p.71-89, 2018.

CHUNG, Gerard *et al.* Impact of Intimate Partner Violence on Parenting and

Children's Externalizing Behaviors: Transactional Processes Over Time. *Violence Against Women*, [s. l.], v. 27, n. 14, p. 2576–2599, 2021.

CIELO, Ana Claudia *et al.* Implementation of the e-SUS Primary Care Strategy: an analysis based on official data. *Revista de Saúde Pública [online]*, [s. l.], v. 56, 2022.

COELHO, Giliate Cardoso; CHIORO, Arthur. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil?. *Cadernos de Saúde Pública [online]*, [s. l.], v. 37, n. 7, e00182119, 2021.

COELI, Cláudia Medina; PINHEIRO, Rejane Sobrino; CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. Conquistas e desafios para o emprego das técnicas de record linkage na pesquisa e avaliação em saúde no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 24, n. 4, p. 795-802, 2015.

COLOMBAROLI, Ana Carolina de Moraes; PRADO, Vanessa Ribeiro do. Gênero, poder e violência: breve ensaio sobre origem e manifestações do poder patriarcal. *Revista Feminismos*, Bahia, v. 8, n. 2, p. 1-13, 2020.

COMIN, Jaqueline Teodoro. Mulheres em movimento: o feminismo no Brasil. *Pespectivas em diálogo: Revista de Educação e Sociedade*, Naviraí, v. 8, n. 16, p. 273 – 295, 2021.

COSTA, Marta Cocco da *et al.* Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem [online]*, [s. l.], v. 38, n. 2, e59553, 2017.

COSTA, Marta Rios Alves Nunes da Costa. Patriarcado, violência, injustiça – sobre as (im)possibilidades da democracia. *Debate Feminista*, [s. l.], v. 54, p. 1-16, 2017.

COSTA, Rayne da Conceição; GONÇALVES, Jonas Rodrigo. O direito à saúde, à efetividade do serviço e à qualidade no acesso às políticas públicas de atenção à saúde da mulher. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos -Ano II*, [s. l.], v. 2, n. 4, p. 119 – 142, 2019.

CUNHA, Carolina Cândida da; TEIXEIRA, Renato; FRANÇA, Elisabeth. Avaliação da investigação de óbitos por causas mal definidas no Brasil em 2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]*, [s. l.], v. 26, n. 1, p. 19-30, 2017.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas *et al.* Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. *Interface (Botucatu) [online]*, Botucatu, v. 24, e190164, 2020.

DAVID, Luana Muzzi Vaz *et al.* Perfil dos óbitos femininos por homicídios no município de Goiânia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [s. l.], v. 73, suppl. 4, e20180985, 2020.

DAWSON, Myrna; PISCITELLI, Anthony. Risk factors in domestic homicides: Identifying common clusters in the Canadian context. *Journal of Interpersonal*

Violence, [s. l.], v. 36, p. 781 – 792, 2017.

DE MIRANDA, Bruna Woinorvski; PREUSS, Lislei Teresinha. *As silhuetas da violência contra mulher em tempos de pandemia*. *Sociedade em Debate*, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 74-89, 2020.

DICOLA, Daniel; SPAAR, Elizabeth. Intimate partner violence. *American Family Physician*, [s.l.], v. 94, n. 8, p. 646-651, 2016.

DURAN, Songul, ERASLAN, Selma Tepehan. Violence against women: Affecting factors and coping methods for women. *Journal of the Pakistan Medical Association*, Paquistão, v. 69, n. 1, p. 53-57, 2019.

DURIGUETTO, Maria Lúcia; ALAGOANO, Verônica Medeiros. O movimento feminista na produção acadêmica dos cursos de pós-graduação em Serviço Social. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 132, p. 231-251, 2018.

EDEBY, Agnes; SEBASTIÁN, Miguel San. Prevalence and sociogeographical inequalities of violence against women in Ecuador: a cross-sectional study. *International Journal for Equity in Health*, [s. l.], v. 20, n. 130, p. 1-11, 2021.

EVANS, Dabney *et al.* "These Questions Have Everything That Happens to me": Analysis of a Femicide Risk Assessment Tool for Abused Women in Brazil." *Journal of family violence*, [s. l.], v. 37, p. 547-557, 2021.

FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ, Liria; CALVETE, Esther; ORUE, Izaskun. Mujeres víctimas de violencia de género en centros de acogida: características sociodemográficas y del maltrato. *Psychosocial Intervention*, [s. l.], v. 26, n. 1 p. 9-17, 2017.

FERREIRA, Carolina B. de. C. *Feminismos Web: linhas de ação e maneiras de atuação no debate feminista contemporâneo*. *Cadernos pagu*, Campinas, v. 44, 2015.

FERREIRA, Ilana Rafaely dos Santos *et al.* Homicídios femininos no estado do Rio Grande do Norte e suas regiões de saúde no período de 2000 a 2016. *Cadernos Saúde Coletiva [online]*, [s. l.], v. 29, n. spe, p. 92-102, 2021.

FONSÊCA, Jéssica Ramalho da *et al.* Analysis of the completeness of self-harm and suicide records in Pernambuco, Brazil, 2014–2016. *BMC Public Health*, v. 22, n. 1154, p. 1-9, 2022.

FONSECA-RODRÍGUEZ, Osvaldo; SEBASTIÁN, Miguel San. "The devil is in the detail": geographical inequalities of femicides in Ecuador. *Internacional Journal Equity in Health*, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 01-07, 2021.

FORMIGA, Kenya *et al.* *Violência cometida pelo parceiro íntimo: estudo observacional com mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde*. Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 19, eAO6584, 2021.

FORNARI, Lucimara Fabiana *et al.* Violência doméstica contra a mulher na pandemia: estratégias de enfrentamento divulgadas pelas mídias digitais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [s. l.], v. 74, Suppl 1, 2021.

FRANÇA, Elisabeth Barboza *et al.* Cause-specific mortality for 249 causes in Brazil and states during 1990-2015: a systematic analysis for the global burden of disease study 2015. *Population Health Metrics*, [s. l.], v. 15, n. 39, p.1-17, 2017.

GARCIA, Danler. Violência contra a mulher negra no Brasil: ponderações desde uma criminologia interseccional. *Revista Brasileira de Sociologia do Direito*, [s. l.], v. 7, n. 2, p. 2020.

GARCIA, Leila Posenato *et al.* Estimativas corrigidas de feminicídios no Brasil, 2009 a 2011. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, v. 37, n. 4/5, p. 251–257, 2015.

GASPAR; Renato Simões; PEREIRA, Marina Uchoa Lopes. Evolução da notificação de violência sexual no Brasil de 2009 a 2013. *Cadernos de Saúde Pública*, [s. l.], v. 34, n. 11, e00172617, 2018.

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro *et al.* A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 11, p. 1269-1278, 2007.

GIRIANELLI, Vania Reis *et al.* Qualidade das notificações de violências interpessoal e autoprovocada no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2016. *Cadernos Saúde Coletiva [online]*, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 318-326, 2018.

GOMES, Isabel Solyszko. Feminicídios: um longo debate. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 26, n. 2, e3965111, 2018.

GOMES, Romeu *et al.* Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1997-2006, 2018.

GONZÁLEZ-PÉREZ, Guillermo Julián *et al.* Mortalidad por violencias y su impacto en la esperanza de vida: una comparación entre México y Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 22, n. 9, p. 2797-2809, 2017.

GRACIA, Enrique *et al.* Chronic high risk of intimate partner violence against women in disadvantaged neighborhoods: An eight-year space-time analysis. *Preventive Medicine*, [s. l.], v. 148, n. 106550, p. 1-9, 2021.

GRAHAM, Laurie *et al.* Disparities in potential years of life lost due to intimate partner violence: Data from 16 states for 2006-2015. *PLoS One*, [s. l.], v. 16, n. 2, e0246477, 2021.

GSCHWENDTNER, Geanne; SCHREINER, Sarah Francine. A herança colonial e a desigualdade de gênero na democracia representativa no Brasil: uma análise relacional. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 5, n. 12, p. 32559-32565, 2019.

GUIMARÃES, Raphael Mendonça *et al.* Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, [s. l.], v. 22, n. 5, p. 1407-1416, 2017.

HABYARIMANA, Faustin; ZEWOTIR, Temesgen; RAMROOP, Shaun. Structured Spatial Modeling and Mapping of Domestic Violence Against Women of Reproductive Age in Rwanda. *Journal Of Interpersonal Violence*, [s. l.], v. 36, n. 5-6, p. 2430-2454, 2021.

HALL, Casey D. Xavier; EVANS, Dabney P. Social comorbidities? A qualitative study mapping syndemic theory onto gender-based violence and co-occurring social phenomena among Brazilian women. *BMC Public Health*, [s. l.], v. 20, n. 1260, 2020.

HEISE, Lori. Violencia contra las mujeres: un marco ecológico integrado. In: BACKHAUS, Annette; MEYER, Regine. (Orgs.). Violencia de género y estrategias para el cambio. Manáguas: GTZ/Proyecto de promoción de políticas de género, p. 27-65, 1999.

HERRERO-ARIAS, Raquel *et al.* Keeping silent or running away. The voices of Vietnamese women survivors of Intimate Partner Violence. *Global Health Action*, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 01-09, 2021.

HERZOG, Thomas; SCHEUREN, Fritz; WINKLER, William. Data quality and record linkage techniques. New York: Springer Science and Business Media; 2007. 227p.

HISSA-TEIXEIRA, Keuler. Uma análise da estrutura espacial dos indicadores socioeconômicos do nordeste brasileiro (2000-2010). *Eure*, [s. l.], v. 44, n. 131, p. 101-124, 2018.

HOLANDA, Eliane Rolim de *et al.* Fatores associados à violência contra as mulheres na atenção primária de saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 31, n. 1, p. 1-9, 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisas de Informações Básicas Municipais – MUNIC*, 2019a. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/10586-pesquisa-de-informacoes-basicas-municipais.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 18 maio 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Portal online cidades*. 2019b. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 29 de junho de 2022.

IHME. *Institute for Health Metrics and Evaluation*. GBD Compare/Viz Hub. 10-03-10/03/2021. 2021. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>. Acesso em: 28 de junho de 2022.

ILANZO, Melisa Pamela Quispe *et al.* Violencia extrema contra la mujer y feminicidio en el Perú. *Revista Cubana de Salud Pública*, Cuba, v. 44, n. 2, p. 263-276, 2018.

INGRAM, Matthew C; COSTA, Marcelo Marchesini da Costa. A Spatial Analysis of

Homicide Across Brazil's Municipalities. *Homicide Studies*, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 87–110, 2016.

JOHNSON, Holly *et al.* Intimate Femicide: The role of coercive control. *Feminist Criminology*, [s. l.], v. 14, p. 3-23, 2019.

JOHNSON, Laura *et al.* Do You Believe Your Partner is Capable of Killing You? An Examination of Female IPV Survivors' Perceptions of Fatality Risk Indicators. *Journal Interpersonal Violence*, [s. l.], v. 0, n. 0, p. 1 - 26, 2020.

JOVANOVSKI, Natalie; TYLER, Meagan. "Bitch, You Got What You Deserved!": violation and violence in sex buyer reviews of legal brothels. *Violence Against Women*, [s. l.], v. 24, n. 16, p. 1887-908, 2018.

JUNG, Valdir Florisbal; CAMPOS, Carmen Hein de. Órfãos do feminicídio: vítimas indiretas da violência contra a mulher. *Revista de Criminologias e Políticas Criminais*, Goiânia, [s. l.], v. 5, n. 1, p.79-96, 2019.

KAFKA, Julie *et al.* Fatalities related to intimate partner violence: towards a comprehensive perspective. *Injury Prevention*, [s. l.], v. 27, n. 2, p. 137-144, 2021.

KAFKA, Julie *et al.* Intimate partner violence victimization and perpetration as precursors to suicide. *SSM Population Health*, [s. l.], v. 18, n. 101079, p. 1-8, 2022.

KARAWAJCZYK, Mônica. O Feminismo em Boa Marcha no Brasil! Bertha Lutz e a Conferência pelo Progresso Feminino. *Revistas Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 26, n. 2, e49845, 2018.

KARYSTIANIS, George *et al.* Utilizing Text Mining, Data Linkage and Deep Learning in Police and Health Records to Predict Future Offenses in Family and Domestic Violence. *Frontiers in Digital Health*, [s. l.], v. 3, n. 602683, p. 1-17, 2021.

KHAN, Sami Ullah; HUSSAIN, Ijaz. Inequalities in health and health-related indicators: a spatial geographic analysis of Pakistan. *BMC Public Health*, n. 20, p. 1-9, 2020.

KUZMA, Juliana Martins Garcia; NEVES; Josélia Gomes; SILVA, Armelinda Borges da. Contribuição pedagógica do movimento feminista no combate à violência de gênero. *Revista Multidisciplinar em Educação*, Porto Velho, v. 4, n. 9, p. 48 - 64, 2017.

LAL, A; HALES, S. Heterogeneity in hotspots: spatio-temporal patterns in neglected parasitic diseases. *Epidemiology & Infection [online]*, [s. l.], v. 143, n. 3, p. 631- 639, 2015.

LANHAM, Michele *et al.* "We're Going to Leave You for Last, Because of How You Are": Transgender Women's Experiences of Gender-Based Violence in Healthcare, Education, and Police Encounters in Latin America and the Caribbean. *Violence Gende*, [s. l.], v. 6, n. 1, p. 37-46, 2019.

LAWRENZ, Priscila *et al.* Violência contra Mulher: Notificações dos Profissionais da Saúde no Rio Grande do Sul. *Psicologia: teoria e pesquisa*, Brasília, v. 34, e34428, 2018.

LEE, Lois Kaye *et al.* Firearm laws and firearm homicides: a systematic review. *JAMA Internal Medicine*, [s. l.], v. 177, n. 1, p. 106-119, 2017.

LEITE, Alessandra de Cássia; FONTANELLA, Bruno José Barcellos. Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação. *Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade*, v. 14, n. 41, 12 p., 2019.

LEITE, Franciele Marabotti Costa *et al.* Análise da tendência da mortalidade feminina por agressão no Brasil, estados e regiões. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2971-2978, 2017.

LIMA, Claudia Riso de Araujo *et al.* Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, [s. l.], v. 25, n. 10, p. 2095-2109, 2009.

LIMONGI, Fernando; OLIVEIRA, Juliana de Souza; SCHMITT, Stefanie Tomé. Sufrágio universal, mas... só para homens. O voto feminino no Brasil. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, v. 27, n. 70, e003, 2019.

LODETTI, Alex Simon *et al.* A vida psíquica do homem e a morte de mulheres. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 30, n. 0, 2018.

LOLAYEKAR, Aparna; DESOUZA, Shaila; MUKHOPADHYAY, Pranab. Crimes Against Women in India: A District-Level Analysis (1991-2011). *Journal of Interpersonal Violence*, [s. l.], v. 37, n. 9-10, p. 1-26, 2022.

LOPES, Aloísio Sabino *et al.* Melhoria da qualidade do registro da causa básica de morte por causas externas a partir do relacionamento de dados dos setores Saúde, Segurança Pública e imprensa, no estado do Rio de Janeiro, 2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, e2018058, 2018.

LOPES, Luciana Suarez. A Pauta Feminista na Década de 1930: A Federação Brasileira pelo Progresso Feminino e o II Congresso Internacional Feminista de 1931. *Economia & história: relatos de pesquisa*, [s. l.], p. 71 – 74, 2019. Disponível em: <https://downloads.fipe.org.br/publicacoes/bif/bif463-71-74.pdf>. Acesso em: 18 maio 2021.

LÓPEZ-OSSORIO, Juan José *et al.* Intimate partner homicide risk assessment by police in Spain: The Dual Protocol VPR5.0-H. *Psychosoc Intervenc*, [s. l.], v. 30, n. 1, p. 47-55, 2020.

LOURO, Guacira Lopes. *Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista*. 6. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes Ltda., 1997.

LUZARDO, Antonio José Rocha; CASTAÑEDA FILHO, Rafael March; RUBIM, Igor

Brum. Análise exploratória com o emprego do Índice de Moran. *GEOgraphia*, [s. l.], v. 19, n. 40, p. 161-79, 2017.

LYSELL, Henrik *et al.* Killing the mother of one's child: Psychiatric risk factors among male perpetrators and offspring health consequences. *Journal of Clinical Psychiatry*, [s. l.], v. 77, n. 3, p. 342 - 347, 2016.

MACHADO, Carla Jorge. A literature review of record linkage procedures focusing on infant health outcomes. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 362-371, 2004.

MACHADO, Dinair Ferreira *et al.* Violência contra a mulher: o que acontece quando a Delegacia de Defesa da Mulher está fechada?. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 483-494, 2020.

MACHADO, Dinair Ferreira; CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro; ALMEIDA, Margareth Aparecida Santini de. Interseções entre socialização de gênero e violência contra a mulher por parceiro íntimo. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 26, supl. 3, p.5003-5012, 2021.

MACHADO, Isadora Vier; ELIAS, Maria Lígia GG Rodrigues. Femicídio em cena. Da dimensão simbólica à política. *Tempo Social*, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 283-304, 2018.

MACHADO, Juliana Costa *et al.* Domestic violence as a cross-cutting theme in health professional training. *Research, Society and Development*, São Paulo, v. 9, n. 7, p. 1-15, e152973917, 2020.

MAIA, Cláudia. Sobre o (des)valor da vida: feminicídio e biopolítica. *História, Assis/Franca*, v. 38, e2019052, 2019.

MAIA, Livia Teixeira de Souza *et al.* Uso do linkage para a melhoria da completude do SIM e do Sinasc nas capitais brasileiras. *Revista de Saúde Pública*, [s. l.], v. 51, n. 112, p. 1-13, 2017.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Violence against adolescents in Brazilian capitals based on a survey conducted at emergency services. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2899- 2908, 2017.

MALTA, Renata Barreto *et al.* Crise dentro de crise: a pandemia da violência de gênero. *Revista Sociedade e Estado*, v. 36, n. 3, p. 843-866, 2021.

MAMO, Carlo *et al.* Are Emergency Department Admissions in the Past Two Years Predictors of Femicide? Results from a case-control study in Italy. *Journal of Family Violence*, [s. l.], v. 30, n. 7, p. 853 – 858, 2016.

MANNEL, Jenevieve *et al.* Risk factors for violence against women in high-prevalence settings: a mixed-methods systematic review and meta-synthesis. *BMJ Global Health*, [s. l.], v. 7, n. 3, p. 1-14, 2022.

MARCONDES, Mariana Mazzini; DINIZ, Ana Paula Rodrigues; FARAH, Marta Ferreira Santos. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 69, n. 2, p. 35-61, 2018.

MARGARITES, Ane Freitas; MENEGHEL, Stela Nazareth; CECCON, Roger Flores. Femicídios na cidade de Porto Alegre: Quantos são? Quem são? *Revista Brasileira Epidemiologia*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 225-236, 2017.

MARINHO NETO, Kelly Roberta Estrela; GIRIANELLI, Vania Reis. Evolução da notificação de violência contra mulher no município de São Paulo, 2008-2015. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 488-499, 2020.

MARQUES, Beatriz de Oliveira Monteiro; ERTHAL, Regina Maria de Carvalho; GIRIANELLI, Vania Reis. Lei Maria da Penha: uma análise crítica à luz da criminologia feminista. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe4, p. 140 – 153, 2019.

MARQUES, Emanuele Souza *et al.* A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, e00074420, 2020.

MARTINEZ, Fabiana. Feminismos em movimento no ciberespaço. *Cadernos pagu*, Campinas, n. 56, e195612, 2019.

MARTINS-FILHO, Paulo Ricardo Saquete *et al.* Femicide trends in Brazil: relationship between public interest and mortality rates. *Arch Womens Ment Health*, [s. l.], v. 21, n. 5, p. 579-582, 2018.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros *et al.* Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 1, e200007, 2020.

MATIAS, Andreia Gonçalves *et al.* Intimate partner homicide: A meta-analysis of risk factors. *Aggress. Violent Behav.* São Paulo, v. 50, p.101358, 2020.

MATTOS, Fernanda Caroline Alves de Mattos; BERNARDI, Renato. Participação política por meio do movimento feminista como forma de controle social e efetivação da justiça social de gênero. *Revista Direito e Justiça: reflexões sociojurídicas*, Santo Ângelo, v. 21, n. 39, p. 171 – 181, 2021.

MAYRINK, Gabriela *et al.* Factors Associated With Violence Against Women and Facial Trauma of a Representative Sample of the Brazilian Population: Results of a Retrospective Study. *Craniomaxillofacial Trauma & Reconstruction*, [s. l.], v. 14, n. 2, p. 119-125, 2021.

MAZZA, Marianna *et al.* Intimate partner violence: A loop of abuse, depression and victimization. *World Journal of Psychiatry*, [s. l.], v. 11, n. 6, p. 215-221, 2021.

MEDRONHO, Roberto de Andrade *et al.* *Epidemiologia*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MEINHART, Melissa *et al.* Gender-based violence and infectious disease in humanitarian settings: lessons learned from Ebola, Zika, and COVID-19 to inform syndemic policy making. *Conflict and Health*, v. 15, n. 1, p. 1-9, 2021.

MEIRA, Karina Cardoso *et al.* Efeitos temporais das estimativas de mortalidade corrigidas de homicídios femininos na Região Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública [online]*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, e00238319, 2021.

MELLO JORGE, Maria Helena Prado de; LAURENTI, Ruy; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Avaliação dos sistemas de informação em saúde no Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 7-18, 2010.

MELLO, Marília Montenegro Pessoa de; ROSENBLATT, Fernanda Cruz da Fonseca; MEDEIROS, Carolina Salazar l'Armée Queiroga de. O que pensam as juízas e os juizes sobre a aplicação da Lei Maria da Penha: um princípio de diálogo com a magistratura de sete capitais brasileiras. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, Brasília, v. 8, n. 1, p. 421-448, 2018.

MEMIAH, Peter *et al.* The prevalence of intimate partner violence, associated risk factors, and other moderating effects: findings from the Kenya National Health Demographic Survey. *Journal of Interpersonal Violence*, [s. l.], 2018.

MENEGHEL, Stela Nazareth *et al.* Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 691-700, 2013a.

MENEGHEL, Stela Nazareth *et al.* Femicídios: narrativas de crimes de gênero. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]*, v. 17, n. 46, p. 523-533, 2013b.

MENEGHEL, Stela Nazareth *et al.* Femicídios: estudo em capitais e municípios brasileiros de grande porte populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2963-2970, 2017.

MENEGHEL, Stela Nazareth; PORTELLA, Ana Paula Portella. Femicídios: conceitos, tipos e cenários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 3077-3086, set. 2017.

MENEGHEL, Stela Nazareth *et al.* Femicídios em municípios de fronteira no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, [s. l.], v. 27, n. 2, p. 493-502, 2022.

MESSING, Jill Theresa *et al.* Accounting for multiple nonfatal strangulation in intimate partner violence risk assessment. *Journal of interpersonal violence*, [s. l.], v. 37, n. 11-12, p. 8430-8453, 2020.

MIEDEMA, Stephanie Spaid; KYAW, Aye Thiri. Women's intergenerational intimate partner violence and household child abuse in Burma (Myanmar). *SSM Population Health*, [s. l.], v. 17, n. 101010, p. 1-10, 2022.

MIGUEL, Luis Felipe. Voltando à discussão sobre capitalismo e

patriarcado. *Revistas Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 25, n. 3, p. 1219-1237, 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza *et al.* Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2017-2016, 2018.

MIRANDA, Maraísa Alves *et al.* Análise das características da violência exercida sobre as mulheres atendidas pela polícia militar de Minas Gerais em Uberlândia. *Brazilian Journal of health Review*Braz. *Brazilian Journal of health Review*, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 9248-9262, 2020.

MORESCHI, Carlo. *et al.* Medico legal and epidemiological aspects of femicide in a judicial district of north eastern Italy. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, v. 39, p. 65 - 73, abr. 2016.

NAÇÕES UNIDAS. *Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher*. Resolução nº 34/180 da Assembleia Geral da ONU. Genebra, 1979. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-eliminacao-de-todas-formas-de-discriminacao-contra-mulheres>. Acesso em: 18 maio 2021.

NAÇÕES UNIDAS. América Central do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (OACNUDH). *Modelo de protocolo latino-americano para investigação de mortes violentas de mulheres (femicídios/feminicídios)*. Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres (ONU Mulheres).; Brasil, 2014. Disponível em: <http://www.oacnudh.org/>. Acesso em: 30 mar. 2022.

NASCIMENTO, Ana Paula Leite; CRUZ, Everton Melo da. Patriarcado, gênero, papéis sociais sexuados e identidades: em foco as relações sociais e os processos educativos que atravessam o cotidiano. *In: Estudos e Abordagens em Serviço Social & Educação*. - Aracaju: Criação, 2017. Eixo 3, cap. 2, p. 219 – 245, ISBN 978-85-8413-176-1.

NESCA, Marcello *et al.* Intentional injury and violent death after intimate partner violence. A retrospective matched-cohort study. *Preventive Medicine*, [s. l.], v. 149, n. 106616, p. 1-7, 2021.

NEVES, Joselia. Representações de Gênero em Casa Grande Senzala. *Presença*, Revista de Educação, Cultura e Meio Ambiente. Porto Velho, RO: Universidade Federal de Rondônia. Ano XI, n. 31, 2003. (Edição Especial). nos Boletins da Federação Brasileira pelo Progresso Feminino (1934-1935). *Rev. Aedos*, Rio Grande do Sul, v. 11, n. 24, p. 245-268, 2019.

NIELSSON, Joice Graciele. A necropolítica de gênero, o feminicídio e a morte sistemática de mulheres na América Latina: uma análise a partir do sistema interamericano de direitos humanos. *Revista Culturas Jurídicas*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 18, p. 144-169, 2020.

NIHEL, Haddad *et al.* Characteristics of violence against women in Kairouan, Tunisia, in 2017. *Libyan Journal of Medicine*, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 1-7, 2021.

NUR, Naim. An Assessment of Intimate Partner Femicide in the Name of Honour in Turkey: A Retrospective Epidemiological Study. *Psychiatry Danubia*, [s. l.], v. 33, n. 2, p. 152-157, 2021.

O ESTRUPADOR... O ESTUPRADOR é você': a coreografia feminista chilena que está viajando o mundo. Brasil: BBC News, 2020. 1 vídeo (2:39s). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=FCQIQ3kNIHs>. Acesso em: 14 maio 2021.

O'DWYER, Brena. "Emoção", "técnica", raiva e amor na aplicação da Lei do Femicídio em um júri público no Rio de Janeiro. *Cadernos de Campo*, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 198-216, 2019.

OEA. ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. *Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher*, 1994. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/convencaobelem1994.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2021

OJEDOKUN, Usman; TADE, Oludayo; ADERINTO, Adeyinka. Trends and Patterns of Homicides Arising From Interpersonal Violence in Nigeria (2006-2016). *Journal Interpersonal of Violence*, [s. l.], v. 36, n. 17-18, p. 8456-8470, 2021.

OLIVEIRA, André Luiz Sá de *et al.* Análise espacial dos homicídios intencionais em João Pessoa, Paraíba, 2011-2016. *Epidemiol e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 28, n. 1, e2018184, 2019.

OLIVEIRA, Helma Janielle Souza de *et al.* A (re)produção de uma sentença: narrativas uníssonas sobre feminicídio em tribunais do júri. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Coimbra, n. 122, p. 31-52, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Young People's Health – a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All*. Technical Report Series 731. Genebra: Organização Mundial da Saúde (OMS); 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Understanding and addressing violence against women*. Genebra: Organização Mundial da Saúde (OMS); 2012. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/en/. Acesso em: 09 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV)*. Geneva: Organização Mundial da Saúde (OMS); 2020. Disponível em: [https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Acesso em: 18 jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Devastadoramente generalizada: 1 em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência. Genebra: Organização Mundial da

Saúde (OMS); 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-3-2021-devastadoramente-generalizada-1-em-cada-3-mulheres-em-todo-mundo-sofre-violencia>. Acesso em: 28 de junho de 2022.

ORELLANA, Jesem Douglas Yamall *et al.* Violência urbana e fatores de risco relacionados ao feminicídio em contexto amazônico brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública [online]*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 8, e00230418, 2019.

PASINATO, Wânia. Oito anos de Lei Maria da Penha.: Entre avanços, obstáculos e desafios. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 533-545, 2015.

PASSOS, Luana; SOUZA, Lorena. Vulnerabilidades cruzadas: as mulheres e suas experiências diversificadas. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 198-209, 2021.

PERES, Stela Verzinhasse *et al.* Melhora na qualidade e completude da base de dados do Registro de Câncer de Base Populacional do município de São Paulo: uso das técnicas de linkage. *Revista Brasileira de Epidemiologia [online]*, [s. l.], v. 19, n. 04, p. 753-765, 2016.

PERES, Stela Verzinhasse. *Uso da técnica de linkage nos sistemas de informação em saúde: aplicação na base de dados do Registro de Câncer de Base Populacional do Município de São Paulo* [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2011.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado. *Plano diretor de regionalização do SUS/PE*. Recife: SES-PE, 2011. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final_1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf. Acesso em: 2 fev. 2021.

PERNAMBUCO. Secretaria da Mulher. *Protocolo De Feminicídio De Pernambuco: Diretrizes estaduais para prevenir, investigar, processar e julgar as mortes violentas de mulheres com perspectiva de gênero*. Câmara Técnica para o Enfrentamento da Violência de Gênero contra a Mulher do Pacto pela Vida. 2020. 124 p. Disponível em: www2.secmulher.pe.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=9aa6cfd9-b934-47c1-a58c-17959de3e7a7&groupId=30863. Acesso em: 26 abril 2022.

PERNAMBUCO. Secretaria de Defesa Social. Microdados de Crimes Violentos Letais Intencionais. Recife: SDS/PE, 2022. Disponível em: <https://www.sds.pe.gov.br/estatisticas/40-estatisticas/51-cvli>. Acesso em: 28 de junho de 2022.

PEROVA, Elizaveta; REYNOLDS, Sarah Anne. Women's police stations and intimate partner violence: Evidence from Brazil. *Social Science & Medicine*, [s. l.], v. 174, p. 188-196, 2017.

PETROSKY, Emiko *et al.* Racial and Ethnic Differences in Homicides of Adult Women and the Role of Intimate Partner Violence — United States, 2003 –2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Atlanta, v. 66, n. 28, p. 741 - 746, 2017.

PIMENTEL, Dayane da Rocha *et al.* Análise Espacial do Femicídio e Fatores Associados à Violência Interpessoal em Pernambuco no Período de 2012 a 2016. *Revista Latino Americana de Geografia e Gênero*, [s. l.], v. 11, n. 2, p. 146-167, 2020.

PINTO, Céli Regina Jardim Pinto. *Uma história do feminismo no Brasil*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003, 115 p.

PINTO, Céli Regina Jardim. Feminismo, história e poder. *Revista Sociologia e Política*, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 15-23, 2010.

PINTO, Isabella Vitral *et al.* Fatores associados ao óbito de mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 975-985, 2021.

PINTO, Isabella Vitral *et al.* Mortality and years of life lost to death or disability by interpersonal violence against women in Brazil: Global Burden of Disease Study, 1990 and 2019. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, [s. l.], v. 55, suppl. 1, e0287-2021, 2022.

PINTO, Karen Damian Pacheco. Não foi por amor: a necessidade de compreensão e de investigação do feminicídio sob a perspectiva de gênero. *Revista Jurídica do Ministério Público Catarinense*, Florianópolis, v. 16, n. 34, p. 159-191, 2021.

PLASSA, Wander Plassa da; PASCHOALINO, Pietro André Telatin; SANTOS, Moisés Pais dos. Determinantes socioeconômicos das taxas de homicídios no nordeste brasileiro: uma análise espacial. *Planejamento e políticas públicas*, [s. l.], n. 53, p. 479-505, 2019.

RADFORD, Jill; RUSSEL, Diana. *Femicide: The Politics of Women Killing* New York: Twayne Publisher; 1992, 379 p.

ROICHMAN, Carlos Barreto Campello. Faca, peixeira, canivete: uma análise da lei do feminicídio no Brasil. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 357-365, 2020.

ROMERO, Daila Elena; CUNHA, Cynthia Braga da. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 3, p. 701-714, 2007.

ROSENBLATT, Fernanda Cruz da Fonseca; SILVA, Fábica Lopes Gomes da. Femicídio ou homicídio doloso? a caracterização de crimes contra a vida de mulheres na cidade do Recife. *Revista Direitos Culturais*, Santo Ângelo, v. 17, n. 41, p. 183-205, 2022.

SÁ, Álvaro Robério de Souza. A criminalidade no Estado de Pernambuco: uma análise espacial dos determinantes das ocorrências de homicídios e roubos. *Revista de Estudos Sociais*, [s. l.], v. 21, n. 43, 2019.

SÁ, Yamilla Ramos Carvalho de *et al.* The geography of femicide in Sergipe, Brazil: matriarchy, human development, and income distribution. *Revista Brasileira de*

Epidemiologia, [s. l.], v. 24, suppl 1, e210016, 2021.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. *Gênero, Patriarcado, Violência*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004, 151 p.

SANTAMARÍA, Ana *et al.* Social determinants of violence against women in Panama: results from population-based cross-sectional studies and a femicide registry. *International Health*, [s. l.], ihz116, 2019.

SANTOS, Sony Maria dos; GUIMARAES, Maria José Bezerra Guimarães; ARAÚJO, Thália Velho Barreto de. Desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas no Recife, 2001 a 2003. *Saúde e Sociedade*, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 87-102, 2007.

SANTOS, José Alcides Figueiredo. Classe social, território e desigualdade de saúde no Brasil. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 556 - 572, 2018.

SANTOS, Walquíria Jesusmara dos *et al.* Violência Doméstica Contra a Mulher Perpetrada por Parceiro Íntimo: Representações Sociais de Profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Cuidado é fundamental [online]*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 770-777, 2018.

SANTOS, Emily Thais Melo dos *et al.* Da ocorrência em vida à morte: padrões espaciais da violência contra a mulher em Pernambuco. *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, [s. l.], v. 17, p. 133-145, 2021.

SANZ-BARBERO, Belén *et al.* Perfil sociodemográfico del feminicidio em España y su relación com las denuncias por violencia de pareja. *Gaceta Sanitaria, Barcelona*, v. 30, n. 4, p. 272–278, 2016.

SCOTT, Joan Wallach. *Gênero: uma categoria útil de análise histórica*. Educação & Realidade, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71 – 99, 1995.

SEGATO, Rita Laura. *La guerra contra las mujeres*. Madrid/Argentina: Traficantes de Sonhos, 2016, ISBN 13: 978-84-945978-5-5.

SEID, Elias; MELESE, Tesfahun; ALEMU, Kassahun. Spatial distribution and predictors of domestic violence against women: evidence from analysis of Ethiopian demographic health survey 2016. *BMC Womens Health*, [s. l.], v. 21, n. 334, p. 1-15, 2021.

SENADO FEDERAL. Secretaria Geral da Mesa. Secretaria de Comissões. Coordenação das Comissões Especiais, Temporárias e Parlamentares de Inquérito. *Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito sobre a Violência contra a Mulher*. “Com a finalidade de investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência”. Brasília – DF, 2013. 1049 p. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/496481>. Acesso em: 18 maio 2021.

SEVERI, Fabiana Cristina; NASCIMENTO, Flávia Passeri. Violência doméstica e os

desafios na implementação da Lei Maria da Penha: uma análise jurisprudencial dos Tribunais de Justiça de Minas Gerais e São Paulo. *Revista Eletrônica Direito e Sociedade*, Canoas, v. 7, n. 3, p. 29 - 44, 2019.

SHI, Jinmei; ZHAO, Juquin; LI, Jianguo. Spatial autocorrelation and its application in public health field. *Revista Chinesa de Doenças Ocupacionais em Saúde do Trabalho*, [s. l.], v. 38, n. 5, p., 395-400, 2020.

SHITU, Solomon; YESHANEH, Alex; ABEBE, Haimanot. Intimate partner violence and associated factors among reproductive age women during COVID-19 pandemic in Southern Ethiopia, 2020. *Reproductive Health*, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 1-10, 2021.

SILVA, Denise Regina Quaresma do; COSTA, Zuleika Leonora Schmidt; MULLER, Márcia Beatriz Cerutti. Gênero, sexualidade e políticas públicas de educação. *Educação*, Porto Alegre, v. 41, n. 1, p. 49-58, 2018.

SILVA, Ariana Sofia Barradas da *et al.* Perceptions of primary health care workers regarding violence against women. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, [s. l.], v. 56, e20210097, 2022.

SILVA, Eliane; DIMENSTEIN, Magda; DANTAS, Candida. Violência Contra a Mulher em um Assentamento Rural de Reforma Agrária do Nordeste Brasileiro. *Revista Latino Americana de Geografia e Gênero*, Ponta Grossa, v. 9, n. 1, p. 88-106, 2018.

SILVA, Vivian da Veiga. Pensamento complexo e teoria feminista: possibilidades para um diálogo. *Revista Feminismos*, Bahia, v. 8, n. 2, p. 1 - 13, 2020.

SOARES FILHO, Adauto Martins *et al.* Melhoria da classificação das causas externas inespecíficas de mortalidade baseada na investigação do óbito no Brasil em 2017. *Revista Brasileira de Epidemiologia [online]*, [s. l.], v. 22, suppl 3, e190011, 2019.

SOARES, Joannie dos Santos Fachinelli; LOPES, Marta Julia Marques. Experiências de mulheres em situação de violência em busca de atenção no setor saúde e na rede intersectorial. *Interface (Botucatu) [online]*, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 789-800, 2018.

SOARES, Marcelo Luiz Medeiros; GUIMARÃES, Natália Guedes Miguel; BONFADA, Diego. Tendência, espacialização e circunstâncias associadas às violências contra populações vulneráveis no Brasil, entre 2009 e 2017. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 26, n. 11, p. 5751-5763, 2021.

SOUSA, Cyntia Meneses de Sá *et al.* Incompletude do preenchimento das notificações compulsórias de violência - Brasil, 2011-2014. *Cadernos Saúde Coletiva [online]*, Piauí, v. 28, n. 4, p. 477-487, 2020.

SOUSA, Marília de Oliveira de; SIRELLI, Paula Martins. Nem santa, nem pecadora: novas roupagens, velhas dicotomias na coisificação da mulher. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 132, p. 326-345, 2018.

SOUZA, Edinilsa Ramos de *et al.* Homicídios de mulheres nas distintas regiões brasileiras nos últimos 35 anos: análise do efeito da idade-período e coorte de nascimento. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2949-2962, 2017.

SOUZA, Suzanny Mara Jobim de. O feminicídio e a legislação brasileira. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 534-543, 2018.

SOUZA, Tiago Oliveira de; SOUZA, Edinilsa Ramos de; PINTO, Liana Wernersbach. Análise da qualidade da informação sobre mortalidade por homicídio a partir dos óbitos com intenção indeterminada. Bahia, Brasil, 2002-2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia [online]*, [s. l.], v. 22, e190005, 2019.

SOUZA-LOBO, Elizabeth. *A classe operária tem dois sexos: trabalho, dominação e resistência*. São Paulo: Abramo, 2011, 304 p.

SPENCER, Chelsea; STITH, Sandra. Risk Factors for Male Perpetration and Female Victimization of Intimate Partner Homicide: A Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse*, [s. l.], v. 21, n. 3, p. 527-540, 2020.

TANAKA, Luana Fiengo. *A epidemiologia do câncer em crianças e adolescentes com Aids no município de São Paulo: um estudo de base populacional [tese de doutorado]*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2017.

TAVARES, Viviane Maria Cavalcante *et al.* Roda de conversa: atenção integral à saúde das mulheres e questões de gênero. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba v. 6, n. 8, p. 61501-61510, 2020.

TELES, Maria Amélia de Almeida. *Breve história do feminismo no Brasil*. São Paulo: Brasiliense: Alameda Casa Editorial, 1993, 388 p.

TEOFILO, Marcella Martins Alves *et al.* Violência contra mulheres em Niterói, Rio de Janeiro: informações do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (2010-2014). *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 437-447, 2019.

THULIN, Elyse; HEINZE, Justin; ZIMMERMAN, Marc. Adverse Adolescent Experiences (A-ACES) and Risk of Adult Intimate Partner Violence. *American Journal of Preventive Medicine*, [s. l.], v. 60, n. 1, p. 80-86, 2021.

TOMAZELLI, Jeane Gláucia; GIRIANELLI, Vania Reis; AZEVEDO E SILVA, Gulnar. Estratégias usadas no relacionamento entre Sistemas de Informações em Saúde para seguimento das mulheres com mamografias suspeitas no Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, [s. l.], v. 21, e180015, 2018.

TOMÉ, Semiramys Fernandes; LOURENÇO, Claudia Luiz; TORRES, Maria Tânia Soares. A mídia na análise dos delitos passionais: o mercado do medo e a violência contra a mulher. *Revista Direito & Desenvolvimento da Ucatólica*, [s. l.], v. 3, n. 1, 2020.

TOPRAK, S; ERSOY G. Femicide in Turkey between 2000 and 2010. *PLoS One*, [s. l.] v.12, e0182409, 2017.

TU, Xiaowen; LOU, Chaohua. Risk factors associated with current intimate partner violence at individual and relationship levels: a cross-sectional study among married rural migrant women in Shanghai, China. *BMJ Open*, London, v. 7, n. 4, e012264, 2017.

VASCONCELOS, Cristina Silvana da Silva; CAVALCANTE, Lília Iêda Chaves. Caracterização, reincidência e percepção de homens autores de violência contra a mulher sobre grupos reflexivos. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 31, e179960, 2019.

VICENTE, Gonzalo; GOICOA, Tomás; UGARTE, Maria Dolores. Multivariate Bayesian spatio-temporal P-spline models to analyze crimes against women. *Biostatistics*, [s. l.], 2021.

VICTORA, Cesar Gomes *et al.* The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *International Journal of Epidemiology*, [s. l.], v. 26, n. 1, p. 224-227, 1997.

VIGANO, Samira de Moraes Maia; LAFFIN, Maria Hermínia Lage Fernandes. Mulheres, políticas públicas e combate à violência de gênero. *História, Assis/Franca*, v. 38, e2019054, 2019.

VIVES-CASE, Carmen *et al.* Expert Opinions on Improving Femicide Data Collection across Europe: A Concept Mapping Study. *PlosOne*, San Francisco, v. 11, n. 2, e0148364, 2016.

VYAS, Seema; JANSEN, Henrica AFM. Unequal power relations and partner violence against women in Tanzania: a cross-sectional analysis. *BMC Womens Health*, [s. l.] v. 18, n. 1, 2018.

WASELFISZ, Julio Jacobo. Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil. Flacso: Brasil, Brasília – DF, 2015. Disponível em: https://apublica.org/wp-content/uploads/2016/03/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf. Acesso em: 18 maio 2021.

WANZINACK, Clóvis *et al.* Homicídios de mulheres e meninas no estado do Paraná: uma análise territorial retrospectiva de 2014 a 2018. *Guaju*, Matinhos, v. 6, n. 2, p. 140-156, 2020.

WANZINACK, Clovis, SIGNORELLI; Marcos Claudio; REIS, Clóvis. Homicides and socio-environmental determinants of health in Brazil: a systematic literature review. *Cadernos de Saúde Pública [online]*, [s. l.], v. 34, n. 12, e00012818, 2018.

WANZINACK, Clovis; MÉLO, Tainá Ribas. Homicídio de Meninas e Mulheres no Brasil de 2015 a 2019: Território, Gênero e Raça em Pauta. *Revista Latino Americana de Geografia e Gênero*, [s. l.], v. 12, n.1, p. 186206, 2021.

WEIL, Shalva. Making femicide visible. *Current Sociology*, [s. l.], v. 64, p. 1124 – 1137, 2016.

WERMUTH, Maiquel Ângelo Dezordi; MORI, Emanuele Dallabrida; PIRES, Tatiana Diel. No lar, a “pandemia das sombras”: reflexões biopolíticas sobre a violência contra as mulheres em tempos de COVID-19 no Brasil. *Revista Meritum*, [s. l.], v. 16, n. 4, p. 72-93, 2021.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, p.535-549, 2016.

WILLIAMS, Kirk; STANSFIELD, Richard; CAMPBELL, Jacquelyn. Persistence and Potential Lethality in Intimate Partner Violence: Evaluating the Concurrent and Predictive Validity of a Dual Risk Assessment Protocol. *Violence Against Women*, [s. l.], v. 28, n. 1, p. 298-315, 2022.

IVEY-STEPHENSON, Asha; BLAIR, Janet; CROSBY, Alex. Efforts and opportunities to understand women's mortality due to suicide and homicide using the National Violent Death Reporting System. *Journal of Women's Health*, [s.l.], v. 27, n. 9, p. 1073-1081, 2018.

YOUNGSON, Nicole *et al.* Challenges in Risk Assessment with Rural Domestic Violence Victims: Implications for Practice. *Journal of Family Violence*, [s. l.], v. 36, n. 5, p. 537-550, 2021.

ZANATTA, Michelle Ângela, FARIA, Josiane Petry. Violência contra a mulher e desigualdade de gênero na estrutura da sociedade: da superação dos signos pela ótica das relações de poder. *Revista de Gênero, Sexualidade e Direito*, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 99 -114, 2018.

ZARA, Georgia; GINO, Sarah. Intimate Partner Violence and its Escalation Into Femicide. Frailty thy Name Is “Violence Against Women”. *Frontiers in psychology*, [s. l.], v. 9, n. 1777, 11 p., 2018.

ZECHIN, Patrick; HOLANDA, Frederico Rosa Borges de. Atributos espaciais da desigualdade nas grandes cidades brasileiras: uma relação entre segregação e morfologia. *Cadernos Metrópole*, São Paulo, v. 21, n. 44, p. 55-78, 2019.

ZEPPEGNO, Patrizia *et al.* Intimate partner homicide suicide: a mini-review of the literature (2012–2018). *Current Psychiatry Reports*, [s. l.], v. 21, n. 3, 13p., 2019.

**APÊNDICE A - RELAÇÃO DAS VARIÁVEIS E DESCRIÇÃO DOS
PROCEDIMENTOS UTILIZADOS NA ROTINA DE PADRONIZAÇÃO DO *LINKAGE*
PROBABILÍSTICO**

Quadro 8 - Relação das variáveis e descrição dos procedimentos utilizados na rotina de padronização do linkage probabilístico

| Variável | Procedimento | Exemplo | | Software |
|---|---|--------------------|---|-------------|
| | | Antes | Depois | |
| Nome da vítima; nome da mãe; e endereço de residência | Transformar caracteres minúsculos em maiúsculos | Dayane da Rocha | DAYANE DA ROCHA | SPSS |
| | Remover espaços em branco no início do campo | DAYANE DA ROCHA | DAYANE DA ROCHA | |
| | Remover espaços em branco em excesso | DAYANE DA ROCHA | DAYANE DA ROCHA | |
| | Remover símbolos e números através da revisão manual | DAYANE DA ROCHA1\$ | DAYANE DA ROCHA | |
| Nome da vítima | Eliminar preposições | DAYANE DA ROCHA | DAYANE ROCHA | OpenReclink |
| | Dividir o nome completo em primeiro e último nome | DAYANE ROCHA | DAYANE (primeiro nome) ROCHA (último nome) | |
| | Transformar o primeiro nome em <i>soundex</i> ^(a) - PBLOCO | DAYANE | D500 | |
| | Transformar o último nome em <i>soundex</i> ^(a) - UBLOCO | ROCHA | R200 | |
| Data de nascimento | Transformar o tipo de variável (data para alfanumérico) | dd/mm/aaaa | dd/mm/aaaa | SPSS |
| | Retirar as barras e alterar a posição dos campos | dd/mm/aaaa | aaaammdd | OpenReclink |

Nota: A seleção apenas das variáveis necessárias é fundamental para preservar a velocidade de execução do relacionamento.

Fonte: adaptado de Peres (2011) e Tanaka (2017).

**APÊNDICE B – DESCRIÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS UTILIZADAS
PARA ANÁLISE DOS FEMINICÍDIOS NO ESTADO DE PERNAMBUCO**

Quadro 9 - Descrição e categorização das variáveis utilizadas para análise dos feminicídios no estado de Pernambuco

(continua)

| Variáveis | Descrição | Categorização |
|--|--|--|
| Idade | Idade da vítima definida em anos completos | 10 – 19; 20 – 39; 40 – 59; ≥ 60 |
| Raça/cor | Cor da pele da vítima | Negra (preta e parda); Não negra (branca, amarela e indígena) |
| Situação conjugal | Estado civil da vítima | Sem companheiro(a) (solteira, separada judicialmente/divorciada ou viúva); Com companheiro(a) (casada ou união estável) |
| Escolaridade | Anos completos de estudo da vítima | ≤ 8; > 8 |
| Quantidade de violência associada | Quantidade de violência mencionada na ficha de notificação | 1; ≥2 |
| Meios de agressão | Meio utilizado pelo(a) agressor(a) para provocar a violência: ameaça, força corporal, objeto pérfuro-cortante ou arma de fogo | Sim; não |
| Oportunidade de notificação em relação à data de ocorrência da violência | Tempo transcorrido em horas entre a data da ocorrência da violência e a notificação | Até 24; 24 – 48; > 48 |
| Encaminhamentos realizados | Encaminhamento do caso para rede assistencial e/ou protetiva para atendimento à mulher em situação de violência | Sim; não |
| Porte populacional do município de residência da vítima | Porte populacional do município de residência da vítima por mil habitantes | Pequeno (< 25); Médio (25 – 100); Grande (> 100) |
| Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) | Classificação do indicador composto: Muito baixa (0 e 0,200); Baixa (0,201 e 0,300); Média (0,301 e 0,400); Alta (0,401 e 0,500); Muito alta (0,501 e 1) | Muito baixa-Média; Alta-Muito alta |

Quadro 9 - Descrição e categorização das variáveis utilizadas para análise dos feminicídios no estado de Pernambuco

(continuação)

| Variáveis | Descrição | Categorização |
|--|--|---|
| Centro Especializado de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (CEAM) | Disponibilidade do equipamento no município de residência da vítima | Sim; não |
| Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher (DEAM) | Disponibilidade do equipamento no município de residência da vítima | Sim; não |
| Local de ocorrência | Local de ocorrência do óbito | Domicílio; Via pública; Estabelecimento de saúde; Outros |
| Prestação de assistência médica | Informa se houve prestação de assistência médica na ocasião do óbito | Sim; não |
| Realização de necropsia | Informa se houve realização de necropsia | Sim; não |
| Circunstância da morte | Informa a circunstância da morte mencionada na declaração de óbito | Homicídio; acidente; outros |
| Código da causa básica de óbito | Código da causa básica de óbito conforme a 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) | Agressões (X85 - Y09); Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada (Y10- Y34) |
| Fonte de informação | Fonte de informação das prováveis circunstâncias de morte não natural mencionadas na declaração de óbito | Ocorrência policial; Hospital; Outros |
| Fonte de informação | Fonte de informação que possibilitou a caracterização dos feminicídios identificados através da busca manual | Mídias noticiosas <i>online</i> ; Base processual do TJPE; Ambas |
| Classificação do feminicídio | Informa a classificação do feminicídio | Íntimo; não íntimo; por conexão |

Quadro 9 - Descrição e categorização das variáveis utilizadas para análise dos feminicídios no estado de Pernambuco

(conclusão)

| Variáveis | Descrição | Categorização |
|--|---|--|
| O crime foi cometido em circunstâncias que ampliam a aplicação da pena? | Informa se o crime foi cometido em circunstâncias que ampliam a aplicação da pena conforme previsto no aspecto legal (Lei nº 13.104/2015) | Na presença de descendente ou de ascendente da vítima; Durante a gestação ou nos 3 (três) meses posteriores ao parto; Contra pessoa menor de 14 (catorze) anos, maior de 60 (sessenta) anos ou com deficiência |
| Autor do crime cometeu suicídio após o fato? | Informa se o autor do crime cometeu suicídio após a prática do feminicídio | Sim; não |
| Históricos de denúncias anteriores ou solicitações da vítima de amparos protetivos ao Estado | Informa se a vítima possui históricos de denúncias anteriores ou solicitações de amparos protetivos ao Estado | Sim; não; informação não mencionada |
| Citação da qualificadora do feminicídio no processo judicial | Informa se houve a citação da qualificadora do feminicídio no processo judicial | Sim; Não; Não. Processo arquivado |
| Registro e publicação da sentença condenatória | Informa se houve registro e publicação da sentença condenatória | Sim; não |
| Oportunidade de conclusão do processo | Diferença entre a abertura e o arquivamento definitivo em anos | 1 < 3; 3 < 6; Processo em tramitação |

Fonte: A autora.

**APÊNDICE C - ANÁLISE DO PREENCHIMENTO DAS VARIÁVEIS DA FICHA DE
VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA. PERNAMBUCO, 2011 A
2019**

Tabela suplementar S1 - Análise do preenchimento das variáveis da ficha de violência
interpessoal e autoprovocada. Pernambuco, 2011 a 2019

(continua)

| Variáveis | Classificação do campo^(a) | Preenchimento (%) | Incompletude (%) | Qualidade^(b) |
|---|---|--------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| <i>Dados gerais</i> | | | | |
| Data da notificação | Chave | 100,0 | - | E |
| Data da ocorrência da violência | Preenchimento obrigatório | 100,0 | - | E |
| <i>Notificação individual</i> | | | | |
| Idade | Preenchimento obrigatório | 100,0 | - | E |
| Gestante ^(c) | Preenchimento obrigatório | 76,6 | 23,4 | R |
| Raça/cor | Essencial | 83,0 | 17,0 | RE |
| Escolaridade ^(c) | Essencial | 52,4 | 47,6 | R |
| <i>Dados de residência</i> | | | | |
| Município de residência | Preenchimento obrigatório | 100,0 | - | E |
| <i>Dados da pessoa atendida</i> | | | | |
| Ocupação ^(c) | Não informado | 48,3 | 51,7 | MR |
| Situação conjugal/estado civil ^(c) | Essencial | 79,1 | 20,9 | R |
| Orientação sexual ^(c) | Preenchimento obrigatório | 46,3 | 53,7 | MR |
| Identidade de gênero ^(c) | Preenchimento obrigatório | 39,1 | 60,9 | MR |
| Possui algum tipo de deficiência/transtorno? ^(c) | Essencial | 53,3 | 46,7 | R |
| <i>Dados da ocorrência</i> | | | | |
| Hora da ocorrência ^(c) | Essencial | 47,0 | 53,0 | MR |
| Local de ocorrência ^(c) | Preenchimento obrigatório | 80,0 | 20,0 | R |
| Ocorreu outras vezes? ^(c) | Essencial | 69,2 | 30,8 | R |
| <i>Violência</i> | | | | |
| Motivação ^(c) | Preenchimento obrigatório | 44,1 | 55,9 | MR |
| Tipo de violência | Preenchimento obrigatório | 96,3 | 3,7 | E |
| Meio de agressão | Essencial | 84,8 | 15,2 | RE |

Tabela suplementar S1 - Análise do preenchimento das variáveis da ficha de violência interpessoal e autoprovocada. Pernambuco, 2011 a 2019

| Variáveis | Classificação do campo ^(a) | Preenchimento (%) | (conclusão) | |
|---|---------------------------------------|-------------------|------------------|--------------------------|
| | | | Incompletude (%) | Qualidade ^(b) |
| <i>Dados do provável autor da violência</i> | | | | |
| Número de envolvidos ^(c) | Não informado | 75,3 | 24,7 | R |
| Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida ^(c) | Preenchimento obrigatório | 77,1 | 22,9 | R |
| Suspeita de uso de álcool ^(c) | Não informado | 57,3 | 42,7 | R |
| Ciclo de vida do provável autor da violência ^(c) | Preenchimento obrigatório | 45,4 | 54,6 | MR |
| <i>Encaminhamento</i> | | | | |
| Encaminhamentos realizados | Preenchimento obrigatório | 86,0 | 14,0 | RE |
| <i>Dados finais</i> | | | | |
| Circunstância da lesão ^(c) | Essencial | 3,9 | 96,1 | MR |

Fonte: elaboração própria a partir de dados disponibilizados pela Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco.

Notas: a. 2ª edição do VIVA - Instrutivo de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada (BRASIL, 2016a); b. E = excelente; RE = regular; R = ruim; e MR = muito ruim; c. variáveis excluídas do estudo por apresentarem a proporção de campos ignorados ou em branco $\geq 20\%$.

**APÊNDICE D - RESULTADO DA ESTIMAÇÃO DE PARÂMETROS NA ROTINA
DE RELACIONAMENTO DO *LINKAGE* PROBABILÍSTICO**

Tempo de execução: 0:00:00

Parâmetros de saída

Número de iterações do algoritmo EM: 4

Menor diferença da log-verossimilhança entre iterações: 0,000380708

Maior valor da função de log-verossimilhança: -14,4782

Parâmetros estimados

Probabilidade $m(i)$ do campo concordar dado que é um par:

$m(1) = 0,68914$

$m(2) = 0,64496$

Probabilidade $u(i)$ do campo concordar dado que é um não-par:

$m(1) = 0,00011898$

$m(2) = 0,0170141$

Probabilidade (p) de ser par: 0,00511272

Frequência de concordância (f) do campo i:

$f(1) = 5$

$f(2) = 715$

Limiar inferior (na escala do escore): -3,15468

Limiar superior (na escala do escore): -3,15468

Pesos da concordância $A(i)$ [$\log(m_i/u_i)$]:

$A(1) = 12,4999$

$A(2) = 5,24441$

Pesos da discordância $D(i)$ [$\log((1-m_i)/(1-u_i))$]:

$D(1) = -1,68549$

$D(2) = -1,46919$

Poder discriminante do campo $P(i)$ [$A(i)-D(i)$]:

$P(1) = 14,1854$

$P(2) = 6,7136$

Padrões, frequências e escores observados:

0 / 0 / score: -3,15468

0 / 1 / score: 3,55892

1 / 0 / score: 11,0307

1 / 1 / score: 17,7443

**ANEXO A - CAPÍTULO XX DA 10ª REVISÃO DA CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA
INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE
(CID-10): RELAÇÃO DO INTERVALO DE CÓDIGOS X85 A Y34 (ADAPTADO)**

(continua)

| Capítulo XX: Causas externas de morbidade e de mortalidade | |
|--|----------------------|
| <i>Título: Agressões</i> | |
| Causa da morte | Código CID-10 |
| Agressão por meio de drogas, medicamentos e substâncias biológicas; substâncias corrosivas; por pesticidas | X85; X86; X87 |
| Agressão por meio de gases e vapores | X88 |
| Agressão por meio de outros produtos químicos e substâncias nocivas especificadas e não especificadas | X89; X90 |
| Agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação | X91 |
| Agressão por meio de afogamento e submersão | X92 |
| Agressão por meio de disparo de arma de fogo | X93; X94; X95 |
| Agressão por meio de material explosivo | X96 |
| Agressão por meio de fumaça, fogo e chamas | X97 |
| Agressão por meio de vapor de água, gases ou objetos quentes | X98 |
| Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante | X99 |
| Agressão por meio de um objeto contundente | Y00 |
| Agressão por meio de projeção de um lugar elevado | Y01 |
| Agressão por meio de projeção ou colocação da vítima diante de um objeto em movimento | Y02 |
| Agressão por meio de impacto de um veículo a motor | Y03 |
| Agressão por meio de força corporal | Y04 |
| Agressão sexual por meio de força física | Y05 |
| Negligência, abandono e outras síndromes de maus tratos | Y06; Y07 |
| Agressão por outros meios especificados e não especificados | Y08; Y09 |

(continuação)


| Capítulo XX: Causas externas de morbidade e de mortalidade | |
|--|----------------------|
| <i>Título: Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada</i> | |
| Causa da morte | Código CID-10 |
| Envenenamento (intoxicação) por e exposição a analgésicos, antipiréticos e anti-reumáticos não-opiáceos, intenção não determinada | Y10 |
| Envenenamento (intoxicação) por e exposição a anticonvulsivantes (antiepilépticos), sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte, intenção não determinada | Y11 |
| Envenenamento (intoxicação) por e exposição a narcóticos e a psicodislépticos (alucinógenos) não classificados em outra parte, intenção não determinada | Y12 |
| Envenenamento (intoxicação) por e exposição a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo, intenção não determinada | Y13 |
| Envenenamento (intoxicação) por e exposição a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e as não especificadas, intenção não determinada | Y14 |
| Envenenamento (intoxicação) por e exposição ao álcool, intenção não determinada | Y15 |
| Envenenamento (intoxicação) por e exposição a solventes orgânicos e hidrocarbonetos halogenados e seus vapores, intenção não determinada | Y16 |
| Envenenamento (intoxicação) por e exposição a outros gases e vapores, intenção não determinada | Y17 |
| Envenenamento (intoxicação) por e exposição a pesticidas, intenção não determinada | Y18 |
| Envenenamento (intoxicação) por e exposição a outros produtos químicos e substâncias nocivas e aos não especificados, intenção não determinada | Y19 |
| Enforcamento, estrangulamento e sufocação, intenção não determinada | Y20 |
| Afogamento e submersão, intenção não determinada | Y21 |

(conclusão)

| Capítulo XX: Causas externas de morbidade e de mortalidade | |
|--|----------------------|
| <i>Título: Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada</i> | |
| Causa da morte | Código CID-10 |
| Disparo de pistola, intenção não determinada | Y22 |
| Disparo de fuzil, carabina e arma de fogo de maior calibre, intenção não determinada | Y23 |
| Disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada, intenção não determinada | Y24 |
| Contato com material explosivo, intenção não determinada | Y25 |
| Exposição a fumaça, fogo e chamas, intenção não determinada | Y26 |
| Exposição a vapor de água, gases ou objetos quentes, intenção não determinada | Y27 |
| Contato com objeto cortante ou penetrante, intenção não determinada | Y28 |
| Contato com objeto contundente, intenção não determinada | Y29 |
| Queda, salto ou empurrado de um lugar elevado, intenção não determinada | Y30 |
| Queda, permanência ou corrida diante de um objeto em movimento, intenção não determinada | Y31 |
| Impacto de um veículo a motor, intenção não determinada | Y32 |
| Outros fatos ou eventos especificados, intenção não determinada | Y33 |
| Fatos ou eventos não especificados e intenção não determinada | Y34 |

Fonte: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) – 10ª revisão.

ANEXO B - DECLARAÇÃO DE ÓBITO



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito

| | | | | | |
|-------------|--|---|---|--|--|
| I | Identificação | 1 Tipo de óbito 1 <input type="checkbox"/> Fetal 2 <input type="checkbox"/> Não Fetal | 2 Data do óbito Hora _____ | 3 Cartão SUS _____ | 4 Naturalidade Município / UF (em estrangeiro informar País) |
| | 5 Nome do Falecido _____ | 6 Nome do Pai _____ | 7 Nome da Mãe _____ | | |
| II | Residência | 8 Data de nascimento _____ | 9 Idade Anos completos _____ Menores de 1 ano Meses _____ Dias _____ Horas _____ Minutos _____ Ignorado <input type="checkbox"/> 9 | 10 Sexo M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado <input type="checkbox"/> 9 | 11 Raça/Cor 1 <input type="checkbox"/> Branca 4 <input type="checkbox"/> Parda 2 <input type="checkbox"/> Preta 5 <input type="checkbox"/> Indígena 3 <input type="checkbox"/> Amarela |
| | | 13 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Ignorado <input type="checkbox"/> 9 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo | | 14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) _____ Código CBO 2002 _____ | |
| III | Ocorrência | 15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc) _____ | | 16 CEP _____ | |
| | | 17 Bairro/Distrito _____ | Código _____ | 18 Município de residência _____ | Código _____ |
| IV | Fetal ou menor que 1 ano | 20 Local de ocorrência do óbito 1 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 5 <input type="checkbox"/> Outros Ignorado <input type="checkbox"/> 9 2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde 4 <input type="checkbox"/> Via pública 6 <input type="checkbox"/> Aldeia indígena | | 21 Estabelecimento _____ Código CNES _____ | |
| | | 22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc) _____ | | 23 CEP _____ | 24 Bairro/Distrito _____ |
| V | Condições e causas do óbito | 25 Município de ocorrência _____ | | Código _____ | 26 UF _____ |
| | | PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE | | | |
| VI | Médico | 27 Idade (anos) _____ | 28 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Ignorado <input type="checkbox"/> 9 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo | Série _____ | 29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada) _____ Código CBO 2002 _____ |
| | | 30 Número de filhos vivos _____ | 31 Nº de semanas de gestação _____ | 32 Tipo de gravidez 1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorada | 33 Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado |
| VII | Causas externas | 35 Peso ao nascer _____ Gramas _____ | | 36 Número da Declaração de Nascimento Vivo _____ | |
| | | ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL | | | |
| VIII | Cartório | 37 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado <input type="checkbox"/> 9 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 6 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos | | 38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado | |
| | | 39 Necrópsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado | | Tempo aproximado entre o início da doença e a morte _____ CID _____ | |
| IX | Localidade Médico | 40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. a _____ Devido ou como consequência de: _____ b _____ Devido ou como consequência de: _____ c _____ Devido ou como consequência de: _____ d _____ PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima. | | | |
| | | ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA | | | |
| X | Testemunhas | 41 Nome do Médico _____ | | 42 CRM _____ | 43 Óbito atestado por Médico 1 <input type="checkbox"/> Assistente 4 <input type="checkbox"/> SVO 2 <input type="checkbox"/> Substituto 5 <input type="checkbox"/> Outro 3 <input type="checkbox"/> IML |
| | | 44 Município e UF do SVO ou IML _____ UF _____ | | 45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc) _____ | |
| XI | Prováveis circunstâncias de morte não natural | 46 Data do atestado _____ | | 47 Assinatura _____ | |
| | | PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico) | | | |
| XII | Cartório | 48 Tipo 1 <input type="checkbox"/> Acidente 3 <input type="checkbox"/> Homicídio Ignorado <input type="checkbox"/> 9 2 <input type="checkbox"/> Suicídio 4 <input type="checkbox"/> Outros | | 49 Acidente do trabalho 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não | |
| | | 50 Fonte da informação 1 <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº _____ Ignorado <input type="checkbox"/> 9 2 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Família 4 <input type="checkbox"/> Outra | | 51 Descrição sumária do evento _____ | |
| XIII | Cartório | 52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc) _____ | | 53 Registro _____ | 54 Data _____ |
| | | 55 Cartório _____ | Código _____ | 56 Município _____ | 57 UF _____ |
| XIV | Localidade Médico | 58 Declarante _____ | | | |
| | | 59 Testemunhas A _____ B _____ | | | |

www.contiplan.com.br tel.: (11) 2167-5508

ANEXO C - FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL 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 <input type="checkbox"/> 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 | | | | |
| | 7 Nome da Unidade Notificadora | | Código Unidade | | 9 Data da ocorrência da violência |
| | 8 Unidade de Saúde | | Código (CNES) | | |
| Notificação Individual | 10 Nome do paciente | | | | 11 Data de nascimento |
| | 12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano | | 13 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino I - Ignorado | | 14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado |
| | 15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado | | | | |
| | 16 Escolaridade <input type="checkbox"/> 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 | | |
| | | | | | |
| Dados de Residência | 19 UF | | 20 Município de Residência | | Código (IBGE) |
| | 21 Distrito | | | | |
| | 22 Bairro | | 23 Logradouro (rua, avenida,...) | | Código |
| | 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 <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | | 32 País (se residente fora do Brasil) |
| | Dados Complementares | | | | |
| | Dados da Pessoa Atendida | 33 Nome Social | | 34 Ocupação | |
| 35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado | | | | | |
| 36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1- Heterossexual 2- Homossexual (gay/lésbica) 3- Bissexual 8- Não se aplica 9- Ignorado | | 37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 1- Travesti 2- Mulher Transexual 3- Homem Transexual 8- Não se aplica 9- Ignorado | | | |
| 38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado | | | | | |
| 39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento | | | | | |
| Dados da Ocorrência | 40 UF | | 41 Município de ocorrência | | Código (IBGE) |
| | 42 Distrito | | | | |
| | 43 Bairro | | 44 Logradouro (rua, avenida,...) | | Código |
| | 45 Número | | 46 Complemento (apto., casa, ...) | | 47 Geo campo 3 |
| | 48 Geo campo 4 | | | | |
| | 49 Ponto de Referência | | 50 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | | 51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas) |
| | 52 Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado | | 53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | |
| | 54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| | 56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil | | |
| | 57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espáncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-coriante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____ | | |
| Violência Sexual | 58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____ | | |
| | 59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei | | |
| Dados do provável autor da violência | 60 Número de envolvidos 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> 61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional | | |
| | 62 Sexo do provável autor da violência 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> | | 63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> |
| | 64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 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 | | |
| Encaminhamento | 65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outas) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente | | |
| Dados finais | 66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado | | 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado |
| | 68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | 69 Data de encerramento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Informações complementares e observações | | | |
| Nome do acompanhante <input type="text"/> | | Vínculo/grau de parentesco <input type="text"/> | (DDD) Telefone <input type="text"/> |
| Observações Adicionais: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | |
| Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136 | | TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180 | Disque Direitos Humanos 100 |
| Notificador | Município/Unidade de Saúde <input type="text"/> | | Cód. da Unid. de Saúde/CNES <input type="text"/> |
| | Nome <input type="text"/> | Função <input type="text"/> | Assinatura <input type="text"/> |
| Violência interpessoal/autoprovocada | | Sinan | SVS 15.06.2015 |

**ANEXO D - RELATÓRIO DETALHADO DE OCORRÊNCIAS REALIZADO PELA CENTRAL METROPOLITANA DE
REGULAÇÃO MÉDICA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU). SECRETARIA DE SAÚDE DO
RECIFE**



**SAMU
192**

Relatórios Web

RELATÓRIOS DE PROCEDIMENTOS

RELATÓRIOS DE OCORRÊNCIAS

Sair do Sistema

Relatório Detalhado de Ocorrências

Informe a data/hora inicial e final para gerar o relatório.

Data inicial:  Horário Inicial:

Data Final:  Horário Final:

Tipo:

Subtipo:

Nome Paciente:

Idade: anos meses

Solicitante:

Telefone:

Endereço:

Bairro:

Ponto de Referencia:

Município:

Pesquisar

Exportar para Excel

Selecione a ocorrência desejada para visualizar os detalhes

| Nº Ocorrência | Data/Hora | Tipo | SubTipo | Origem | Paciente | Bairro Município | Viatura Equipe | Endereço |
|---------------|-----------|------|---------|--------|----------|--------------------|------------------|----------|
|---------------|-----------|------|---------|--------|----------|--------------------|------------------|----------|

ANEXO E - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES DA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Fatores associados à ocorrência do feminicídio em Pernambuco e sua interface com as desigualdades espaciais

Pesquisador: Dayane da Rocha Pimentel

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 42522921.8.0000.5190

Instituição Proponente: FIOCRUZ - Instituto Aggeu Magalhães (IAM)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.886.406

Apresentação do Projeto:

Emenda apresentada para ampliação do período de coletas de dados, sendo considerado agora os anos de 2011 a 2019, que foram atualizadas no projeto.

Justificativa apresentada pela pesquisadora:

"ampliar o período da fontes de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) através da ficha de violência interpessoal e autoprovocada e dos registros de atendimentos pré-hospitalares realizados pela central metropolitana de regulação médica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Dado o reconhecimento que o feminicídio não é um agravo isolado e sim, resultante de um contínuo de violências, serão resgatadas as notificações de agressões nas fontes acima citadas do período de 2011 a 2019. No projeto original, o período para as fontes de informações de violências e homicídios intencionais de mulheres tratavam-se do mesmo (2016 - 2019). Assim, por exemplo, para as vítimas de homicídio do ano de 2016, não haveria margem para identificar se a mesma detinha notificações de violências em anos anteriores nas fontes de dados do Sinan e SAMU. Justifico a eleição do período de 2011 para esta solicitação por estar em concordância com publicação da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, que trata sobre as notificações de violência doméstica, sexual e outras violências tornaram-se compulsórias para todos os serviços de saúde, públicos ou privados, do Brasil."

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** cep.iam@fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.886.406

Objetivo da Pesquisa:

Não houve mudanças.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não houve mudanças.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relata

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Foi apresentada nova versão do projeto (ANTEPROJETO_DayaneDaRochaPimentel_emenda_julho.pdf). Demais documentos da versão aprovada não sofreram alterações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda sem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|---------------------|--------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1797764_E1.pdf | 23/07/2021 09:08:15 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ANTEPROJETO_DayaneDaRochaPimentel_emenda_julho.pdf | 23/07/2021 09:04:18 | Dayane da Rocha Pimentel | Aceito |
| Outros | CartaResposta_DayaneDaRochaPimentel.pdf | 11/02/2021 20:33:13 | Dayane da Rocha Pimentel | Aceito |
| Outros | ANUENCIA_SES_DayaneDaRochaPimentel.pdf | 11/02/2021 10:16:58 | Dayane da Rocha Pimentel | Aceito |
| Outros | ANUENCIA_DEGTES_SESAU_DayaneDaRochaPimentel.PDF | 23/01/2021 14:29:40 | Dayane da Rocha Pimentel | Aceito |
| Declaração de concordância | AutorizacaoDePesquisadoraPrincipal_DayaneDaRochaPimentel.PDF | 23/01/2021 14:28:33 | Dayane da Rocha Pimentel | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ANTEPROJETO_DayaneDaRochaPimentel.pdf | 23/01/2021 14:28:09 | Dayane da Rocha Pimentel | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | DeclaracaoDosPesquisadoresSobreSuasRespectivasContribuicoesNaPesquisaIntitulada_DayaneDaRochaPimentel.pdf | 23/01/2021 14:27:42 | Dayane da Rocha Pimentel | Aceito |
| Declaração de | DeclaracaoDeCompromissoPesquisa | 23/01/2021 | Dayane da Rocha | Aceito |

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** cep.iam@fioacruz.br



Continuação do Parecer: 4.886.406

| | | | | |
|----------------|---|------------------------|--------------------------|--------|
| Pesquisadores | dores_DayaneDaRochaPimentel.pdf | 14:27:30 | Pimentel | Aceito |
| Orçamento | Orcamento_DayaneDaRochaPimentel.pdf | 23/01/2021 14:26:18 | Dayane da Rocha Pimentel | Aceito |
| Cronograma | CronogramaDeExecucao_DayaneDaRochaPimentel.pdf | 23/01/2021 14:26:06 | Dayane da Rocha Pimentel | Aceito |
| Outros | CurriculoLattes_PesquisadorPrincipalDayaneDaRochaPimentel.pdf | 23/01/2021 14:25:36 | Dayane da Rocha Pimentel | Aceito |
| Outros | CurriculoLattes_Coorientador_WaynerVieiraDeSouza.pdf | 23/01/2021 14:24:57 | Dayane da Rocha Pimentel | Aceito |
| Outros | CurriculoLattes_Orientador_AmandaPriscilaDeSantanaCabralSilva.pdf | 23/01/2021 14:24:32 | Dayane da Rocha Pimentel | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_rosto_DayaneDaRochaPimentel.pdf | 23/01/2021 13:14:12 | Dayane da Rocha Pimentel | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 05 de Agosto de 2021

Assinado por:
Maria Almerice Lopes da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** cep.iam@fiocruz.br

ANEXO F - CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PERNAMBUCO

02/02/2021

SEI/GOVPE - 11277139 - GOVPE - Declaração

Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO
MAIS TRABALHO, MAIS FUTURO.

GOVPE - Declaração

Processo SEI nº 2300000155.000486/2020-42

Carta de Anuência

Declaro estar ciente da realização da pesquisa com o tema: **FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DO FEMINICÍDIO EM PERNAMBUCO E SUA INTERFACE COM AS DESIGUALDADES ESPACIAIS**, da pesquisadora: Dayane da Rocha Pimentel, sob orientação da professora Dr^a Amanda Priscila de Santana Cabral Silva, na Secretaria Estadual de Saúde/PE, e afirmo que o desenvolvimento deste projeto está condicionado à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

O mesmo deverá cumprir os requisitos da Res. CNS 466/12 e suas complementares, comprometendo-se, dentre outras coisas, a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de pesquisa.

Atenciosamente
Luciana Camelo de Albuquerque



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Camelo de Albuquerque**, em 02/02/2021, às 14:30, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do [Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **11277139** e o código CRC **7A050225**.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519, - Bairro Bongj, Recife/PE - CEP 50751-530, Telefone: (81)3184-0000

ANEXO G - CARTA DE ANUÊNCIA SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE



PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Dayane da Rocha Pimentel**, pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (Mestrado Acadêmico) da Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Aggeu Magalhães, a desenvolver pesquisa no SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **“Fatores associados à ocorrência do feminicídio em Pernambuco e sua interface com as desigualdades espaciais”**, sob orientação da Dra. Amanda Priscila de Santana Cabral Silva e coorientação do Dr. Wayner Vieira de Souza.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa;
- Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta instituição o parecer consubstanciado devidamente aprovado, emitido por comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, credenciado ao sistema CEP/CONEP.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 30 de dezembro de 2020.

Atenciosamente,


Tulio Romero Lopes Quirino
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Valderez Ribeiro de Andrade
Gestor de Unidade de Gestão de
Educação na Saúde (GUS) - SES/SAU
Matrícula 103.756.2

Rua Alfredo de Medeiros, 71, Espinheiro – CEP 52.021-030 – Recife – Pernambuco
fone: (81) 3355-1707 – CNPJ: 10.565.000/0001-92

ANEXO H - FICHA DE ATENDIMENTO. SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU). SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE

| Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Secretaria de Saúde do Recife FICHA DE ATENDIMENTO | | | | Nº de ocorrência |
|---|--|---|---|--|
| 1. Hora do Chamado: h | | 2. Chegada ao local: h | | 3. Chegada a U. Hospitalar: h |
| 4. Saída da U. hospitalar: h | | 5. Data: / / | | |
| 6. Motivo/Solicitação | | | | |
| 7. Tipo de equipamento: <input type="checkbox"/> 1. USA <input type="checkbox"/> 2. USB <input type="checkbox"/> 3. Helicóptero <input type="checkbox"/> 4. Moto <input type="checkbox"/> 5. VR | | | | |
| 8. Origem do acionamento: | | 9. Médico regulador: | | |
| 10. Radio Operador: | | 11. Solicitante: | | |
| 12. Paciente: | | 13. Data de nascimento: / / | | |
| 14. Idade: | | 15. Sexo: <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino | | |
| 16. Nome da mãe: | | | | |
| 17. Endereço do paciente: | | | | |
| 18. Endereço: | | 19. Nº: | | 20. Bairro: |
| 21. Município: | | 22. Referência: | | |
| 23. Local de ocorrência | | 24. Ocorrência relacionada ao trabalho | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Via Pública <input type="checkbox"/> 2. Domicílio <input type="checkbox"/> 3. Trabalho | | <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não | | |
| 25. Tipo de atendimento | | 26. Tipo de ocorrência | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Clínico <input type="checkbox"/> 2. Causa externa <input type="checkbox"/> 3. Psiquiátrico <input type="checkbox"/> 4. Obstétrico <input type="checkbox"/> 5. Pediátrico <input type="checkbox"/> 6. Trote <input type="checkbox"/> 7. Casa/beta/Remoção antes <input type="checkbox"/> 8. Remoção/Senha | | Unidade Solicitante: _____ | | |
| 27. Tipo de vítima | | 28. Meio de locomoção da vítima | | 29. Mecanismo do trauma |
| <input type="checkbox"/> 1. Pedestre <input type="checkbox"/> 2. Condutor <input type="checkbox"/> 3. Passageiro <input type="checkbox"/> 4. Pessoa conduzida em local inadequado | | <input type="checkbox"/> 1. Automóvel <input type="checkbox"/> 2. Moto <input type="checkbox"/> 3. A pé <input type="checkbox"/> 4. Bicicleta <input type="checkbox"/> 5. Outro | | <input type="checkbox"/> 1. Capotamento <input type="checkbox"/> 2. Ejeção <input type="checkbox"/> 3. Impacto frontal <input type="checkbox"/> 4. Impacto lateral <input type="checkbox"/> 5. Impacto traseiro |
| 30. Natureza do acidente | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Colisão/Abalroamento <input type="checkbox"/> 2. Tombamento ou Capotamento <input type="checkbox"/> 3. Choque com objeto fixo <input type="checkbox"/> 9. Ignorado <input type="checkbox"/> 4. Atropelamento <input type="checkbox"/> 5. Queda em/da veículo <input type="checkbox"/> 6. Outro | | | | |
| 31. Uso de capacete pela vítima | | 32. Uso de cinto pela vítima | | 33. Hábito alcoólico |
| <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> Ignorado | | <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> Ignorado | | <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não |
| 34. Intoxicação | | | 35. Queda | |
| <input type="checkbox"/> 1. Alcool <input type="checkbox"/> 2. Drogas ilícitas <input type="checkbox"/> 3. Exógena <input type="checkbox"/> 4. Animais peçonhentos <input type="checkbox"/> 5. Outros | | | <input type="checkbox"/> 1. Própria altura <input type="checkbox"/> 2. Outra altura/Aproximadamente: _____ | |
| 36. Agressão | | 37. Queimadura | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Arma de fogo <input type="checkbox"/> 2. Arma branca <input type="checkbox"/> 3. Agressão física <input type="checkbox"/> 4. Suspeita de abuso sexual <input type="checkbox"/> 5. Outras | | <input type="checkbox"/> 1. Fogo <input type="checkbox"/> 2. Fumaça <input type="checkbox"/> 3. Choque elétrico <input type="checkbox"/> 4. QBRN-e: _____ | | |
| 38. Vias aéreas | | 39. Respiração | | 40. Circulação/pulso |
| <input type="checkbox"/> 1. Livre <input type="checkbox"/> 2. Normal <input type="checkbox"/> 3. Traqueíte <input type="checkbox"/> 4. Bradpneia <input type="checkbox"/> 5. Obstruída <input type="checkbox"/> 6. Apneia <input type="checkbox"/> 7. Tórax com deformidades ou lesões | | <input type="checkbox"/> 1. Ausente <input type="checkbox"/> 2. Presente <input type="checkbox"/> 3. Cheio <input type="checkbox"/> 4. Fino | | <input type="checkbox"/> 1. > 2 Segundos <input type="checkbox"/> 2. < 2 Segundos |
| 41. Coloração da pele | | 42. Escala de CINCINNATI | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Pálido <input type="checkbox"/> 3. Cianose <input type="checkbox"/> 4. Presença de sangramento <input type="checkbox"/> 5. Outro | | <input type="checkbox"/> 1. Déficit motor <input type="checkbox"/> 2. Desvio de comissura labial <input type="checkbox"/> 3. Dificuldade de fala | | |
| 43. Neurológico | | 44. Pupilas | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Sonolência <input type="checkbox"/> 3. Agitação <input type="checkbox"/> 4. Coma <input type="checkbox"/> 5. Convulsão | | <input type="checkbox"/> 1. Isocórica <input type="checkbox"/> 2. Miose <input type="checkbox"/> 3. Midriase <input type="checkbox"/> 4. Anisocoria <input type="checkbox"/> 5. Reagente <input type="checkbox"/> 6. Não reagente | | |
| 45. Alergia | | 46. Usa medicamento | | 47. Alguma patologia. |
| <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não Qual? _____ | | <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não Qual? _____ | | <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não Tipo? _____ |
| ESCALA DE GLASGOW | | 53. SSVV | | |
| SCORE 1: | | HORA | | |
| SCORE 2: | | PA | | |
| 50. Abertura ocular | | PC | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Espontânea (4) <input type="checkbox"/> 2. À voz (3) <input type="checkbox"/> 3. À dor (2) <input type="checkbox"/> 4. Nenhuma (1) | | FR | | |
| 51. Resposta verbal | | TEMP | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Orientada (5) <input type="checkbox"/> 2. Confusa (4) <input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas (3) <input type="checkbox"/> 4. Palavras incompletas (2) <input type="checkbox"/> 5. Nenhuma (1) | | HGT | | |
| 52. Resposta Motora | | 54. Conduta: | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Obedece a comandos (6) <input type="checkbox"/> 2. Localiza dor (5) <input type="checkbox"/> 3. Movimento de retirada (4) <input type="checkbox"/> 4. Flexão anormal (3) <input type="checkbox"/> 5. Extensão anormal (2) <input type="checkbox"/> 6. Nenhuma (1) | | <input type="checkbox"/> 1. Imob. Coluna cervical <input type="checkbox"/> 2. Utilização de prancha <input type="checkbox"/> 3. Imob. Membros <input type="checkbox"/> 4. KED | | |
| 55. História clínica atual, evolução e conduta: | | | | |
| 56. Observações: | | | | |
| 57. Unidade de destino: | | 58. Médico que recebeu: | | |
| 59. Equipe | | | | |
| Médico Assistente: _____ | | Enfermeiro: _____ | | Socorrista: _____ |
| Condutor/ Piloto: _____ | | Responsável pelo pronchimento: _____ | | Ass: _____ Conselho: _____ |
| Solicitou apoio da UTI: () Sim () Não Obs: _____ | | | | |
| Redirecionamento: () Sim () Não Causa: _____ Destino: _____ | | | | |
| Obs: Registrar todos os redirecionamentos ocorridos no campo das observações. | | | | |
| 60. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE: | | | | 61. Múltiplas vítimas () Sim () Não |
| O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica. | | | | Nº de vítimas: _____ |
| Ass: _____ Testemunha _____ | | RG: _____ Data: / / | | Cenário: _____ |
| 62. EQUIPAMENTOS RETIDOS NA UNIDADE DE DESTINO: | | | | |
| Maca nº _____ Prancha nº _____ | | <input type="checkbox"/> Estab. de cabeça <input type="checkbox"/> KED <input type="checkbox"/> Cotar <input type="checkbox"/> Tirantes | | |