

ÓBITOS VIOLENTOS E TENTATIVAS DE SUICÍDIO POR INTOXICAÇÃO EXÓGENA EM MULHERES: EVENTOS PREDITORES DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

VIOLENT DEATHS AND SUICIDE ATTEMPTS BY EXOGENOUS POISONING IN WOMEN: EVENTS PREDICTING VIOLENCE AGAINST WOMAN

MUERTES VIOLENTAS Y SUICIDIO INTENTADO POR ENVENENAMIENTO EXÓGENO EN MUJERES: EVENTOS QUE PREDICEN LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

Cristiane Magalhães de Melo¹
Thaís Salgado Oliveira²
Marcela Quaresma Soares³
Paula Dias Bevilacqua⁴

Resumo

A violência contra a mulher é um importante evento social e de saúde pública, sendo o feminicídio a expressão mais extrema da violência de gênero. Objetivamos problematizar o óbito por suicídio e agressões em mulheres como sentinelas da violência doméstica a partir da análise da relação entre óbitos por violências e causas mal definidas, intoxicação exógena por tentativa de suicídio e violência contra mulheres. O estudo, realizado em Viçosa-MG, entre 2010 e 2015, utilizou dados secundários obtidos de sistemas de informação em saúde. Os resultados apontaram que o perfil das mulheres se assemelha para os eventos analisados, sendo que, em geral, as mais acometidas eram pobres, pretas ou pardas, de baixa escolaridade e remuneração. A análise integrada demonstrou associação entre os eventos óbitos por agressões e violência (62,5%) e entre intoxicação exógena por tentativa de suicídio e violência contra mulheres (14,8%), confirmando o pressuposto de que a exposição a situações de violência predispõe as mulheres à morte por agressões e suicídio e, também, a tentativas de autoexterminio. Concluímos que análises integradas e sistemáticas dos dados provenientes dos sistemas de informação em saúde oficiais contribuem para o enfrentamento à violência contra a mulher.

Palavras-chave: Causas externas. Feminicídio. Sistemas de Informação.

Abstract

Considering violence against women as an important social and public health event and femicide as the most extreme expression of gender violence, we aim to problematize death by suicide and aggression in women as sentinels of domestic violence. The study was conducted in Viçosa-MG, between 2010 and 2015, used secondary data on the events violent deaths, ill-defined causes of deaths, exogenous intoxication by attempt suicide and violence of resident women, obtained from health information systems. The results showed that the profile of women is similar to the events analyzed, and in general, the most affected were poor, black or brown, with low education and remuneration. The integrated analysis showed an association between death events from aggression and violence (62.5%) and between exogenous intoxication due to suicide attempt and violence against women (14.8%), confirming the assumption that exposure to situations of violence predisposes women to death by aggression and suicide and also to self-extermination attempts. We conclude that integrated and systematic analyzes of data from official health information systems contribute to addressing violence against women.

Key-words: External causes. Femicide. Information systems.

¹ Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou - Fiocruz Minas, Professora Assistente da Universidade Federal de Viçosa. E-mail: cristianeufv@yahoo.com.br

² Especialista em Gestão Hospitalar pelo Centro Universitário Internacional – UNINTER, Enfermeira do Hospital Pan-Americano, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: thaissalgado.ufv@gmail.com

³ Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou - Fiocruz Minas, Enfermeira da Sec. Municipal de Saúde de Viçosa, MG, Brasil. E-mail: marcelaqs@hotmail.com

⁴ Doutora em Ciência Animal pela Universidade Federal de Minas Gerais, Especialista em Ciência e Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública do Instituto René Rachou - Fiocruz Minas, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: paula.bevilacqua@fiocruz.br

Resumen

La violencia contra la mujer es un importante evento social y de salud pública, y el feminicidio es la expresión más extrema de la violencia de género. Nuestro objetivo es problematizar la muerte por suicidio y agresión en mujeres como centinelas de violencia doméstica a partir del análisis de la Relación entre muertes por violencia y causas mal definidas, intoxicación exógena por intento de suicidio y violencia contra las mujeres. El estudio, realizado en Viçosa-MG, entre 2010 y 2015, utilizó datos secundarios obtenidos de los sistemas de información de salud. Los resultados mostraron que el perfil de las mujeres es similar para los eventos analizados y, en general, los más afectados fueron pobres, negros o marrones, con baja educación y remuneración. El análisis integrado demostró una asociación entre los eventos de muerte por agresión y violencia (62.5%) y la intoxicación exógena por intento de suicidio y violencia contra las mujeres (14.8%), lo que confirma la suposición de que la exposición a situaciones de violencia predispone mujeres muertas por agresión y suicidio y también por intentos de autoexterminación. Concluimos que los análisis integrados y sistemáticos de los datos de los sistemas oficiales de información sanitaria contribuyen a combatir la violencia contra las mujeres.

Palabras clave: Femicidio. Sistemas de información. Causas externas.

INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres representa sério problema social e de saúde pública no Brasil, apesar dos avanços conquistados especialmente no período de 2003 a 2016. Esse período foi marcado pelo incentivo à atuação integrada de diferentes setores, como saúde, justiça, segurança pública e rede socioassistencial, explicitado em diferentes documentos publicados, como Pacto Nacional pelo Enfrentamento à violência (BRASIL, 2011a), Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011b) e os Planos Nacionais de Políticas para Mulheres, editados em 2004, 2007 e 2013 (BRASIL, 2013b). Esse movimento esteve pautado no reconhecimento de que a violência contra as mulheres é um fenômeno complexo e que o seu enfrentamento requer uma abordagem necessariamente intersetorial.

No âmbito da saúde, o enfrentamento à violência contra as mulheres trouxe inúmeros desafios, dentre os quais, a percepção de que o reconhecimento desse fenômeno como problema de saúde pública poderia limitar, restringir ou fragmentar a atenção às mulheres em situação de violência. Essa preocupação é significativa na medida em que as diferentes manifestações da violência podem afetar de forma bastante diversa as mulheres, comprometendo não apenas o corpo físico, mas outras dimensões da vida, requerendo uma atuação intersetorial e multidisciplinar. Sendo assim, é necessário que os profissionais, dos diferentes serviços, eventualmente envolvidos no atendimento às mulheres, incorporem um olhar holístico sobre as situações de violência, promovendo ações que não se restrinjam apenas às lesões originadas de agressões físicas (KRUG et al., 2002; MINAYO, 2006).

Dentre as múltiplas formas de expressão da violência, o feminicídio é considerado a forma mais extrema de violência contra as mulheres, alcançando proporções alarmantes no

mundo. Suas vítimas são mulheres em diversas etapas de desenvolvimento, condições e situações de vida (WAISELFISZ, 2015). Segundo dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública, os feminicídios corresponderam a 29,6% dos homicídios dolosos de mulheres em 2018. Foram 1.151 casos, em 2017, e 1.206, em 2018, representando crescimento de 4% nos números absolutos (FBSP, 2019).

Outras expressões da violência que merecem destaque se referem à tentativa de suicídio e ao suicídio, sendo este último sério problema de saúde pública global, correspondendo à segunda causa de morte no mundo para mulheres entre 15 e 29 anos (WHO, 2019). Estudos apontam a intoxicação exógena como o método mais comum de tentativa de suicídio (NAKAJIMA et al., 2019; LEE et al., 2019), sendo que, no Brasil, entre 2007 e 2016, aproximadamente 70% das tentativas de suicídio foram cometidas por mulheres (BRASIL, 2017). Ainda considerando dados brasileiros, entre 2013 e 2017, a mortalidade proporcional por intoxicação exógena representou 16,4% do total de óbitos no país entre pessoas de 15 a 69 anos, sendo considerada a segunda principal causa de morte nessa faixa etária (BRASIL, 2017; MAIA et al., 2019).

Adicionalmente, importa problematizar o óbito por causas mal definidas. A ocorrência desses óbitos indica problemas de acesso aos serviços de saúde e da qualidade da assistência médica prestada à população, além de refletir a ausência ou fragilidade de serviços responsáveis por contribuir na elucidação do(s) evento(s) desencadeador(es) do óbito, como Serviço de Verificação de Óbitos ou Instituto Médico Legal (BORDONI et al., 2017). Tais situações, contribuem para a indefinição da causa do óbito, comprometem a qualidade das estatísticas de mortalidade e podem, conseqüentemente, ocultar casos de violência contra as mulheres, pois a histórica invisibilidade conferida à violência de gênero influencia a fidedignidade dos registros (LOPES et al., 2018; SOUZA et al., 2019).

Partimos do pressuposto de que os eventos “óbito por violência (agressões e suicídio)”, “óbitos por causas mal definidas”, “intoxicação exógena por tentativa de suicídio” e “violência doméstica, sexual e outras violências em mulheres” podem estar inter-relacionados. Partindo de tal pressuposto e considerando que os eventos mencionados compõem os Sistemas de Informação em Saúde (SIS), acreditamos que acessar a informação sobre violência pode ser ferramenta potente para a prevenção do feminicídio requerendo, para tanto, a análise integrada desses sistemas de informação. Nesse sentido, o objetivo desse trabalho foi analisar os óbitos por suicídio e agressões e as tentativas de suicídio por intoxicação exógena como sentinelas

da violência contra a mulher e problematizar a causa mal definida de óbito como registro que pode ocultar casos de violência contra a mulher.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Causas externas de óbitos e violência contra as mulheres

As doenças e os agravos não transmissíveis se constituem como a principal causa de óbito da população mundial. Dentre essas causas, destacam-se as causas externas ou não naturais, que são morbimortalidades decorrentes de acidentes (relacionados ao trânsito, afogamento, envenenamento, quedas ou queimaduras) e de violências (agressões/homicídios, suicídios, abusos físicos, sexuais e psicológicos) (MALTA et al., 2019).

Atualmente, as causas externas representam, em praticamente todos os países do mundo, importante parcela da mortalidade. No Brasil, dados sobre mortalidade apontam as causas externas como a terceira principal causa do óbito, ficando atrás apenas das doenças do aparelho circulatório e neoplasias (WHO, 2014; BRASIL, 2015a; DATASUS, 2019).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as últimas estimativas indicam que, mundialmente, cerca de um terço (35,0%) das mulheres experimentou violência física e/ou sexual por parceiro íntimo ou violência sexual não relacionada a parceiros em algum momento de suas vidas. A violência contra as mulheres resulta em graves problemas físicos, mentais, sexuais e reprodutivos de curto e longo prazo, levando a altos custos sociais e econômicos para as mulheres, suas famílias e a sociedade (WHO, 2018). Entre as várias formas de manifestação da violência que afetam as mulheres estão a psicológica, a física, a moral, a patrimonial, a sexual, sendo que todas compõem o que é conhecido como violência de gênero.

A violência baseada no gênero foi identificada, pelo Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher (CEDAW), como uma das manifestações de discriminação baseada em relações assimétricas de poder entre homens e mulheres, impedindo, assim, que a mulher goze plenamente de seus direitos e liberdades (BRASIL, 2014).

O feminicídio, ou seja, a morte violenta de mulheres por razões de gênero é a expressão fatal das diversas violências que podem atingir as mulheres. O termo ganhou destaque no Brasil a partir da Lei nº. 13.104 de 09 de março de 2015 que alterou o Código Penal incluindo o feminicídio no rol dos crimes hediondos e tipificou esse tipo de crime como “homicídio que

envolve violência doméstica e familiar e/ou menosprezo ou discriminação da condição de mulher” (BRASIL, 2015b). A implementação da lei trouxe implicações importantes no campo do enfrentamento das violências contra mulheres, uma vez que nomear o problema é uma forma de dar visibilidade a uma situação grave e na maioria das vezes invisibilizada de morte de mulheres por motivos de gênero.

No Brasil, o feminicídio é observado em todas as faixas etárias, mas é significativamente maior entre mulheres em idade reprodutiva: 28,2% das vítimas tinham entre 20 e 29 anos, 29,8% tinham entre 30 e 39 anos e 18,5% tinham entre 40 e 49 anos quando foram mortas. Nos casos em que foi possível identificar a relação do autor do feminicídio com a vítima, em 88,8% das vezes as mulheres foram assassinadas pelos companheiros ou ex-companheiros (FBSP, 2019).

No que se refere à violência autoinfligida, estudos no Brasil e no mundo apontam que a exposição às diferentes formas de violência está associada com ideação e tentativas de suicídio (CAVALCANTE et al., 2012; DUFORT et al., 2015). Tal evento está entre as vinte principais causas de morte no mundo para indivíduos de todas as idades, com mais mortes por suicídio do que por malária, câncer de mama ou guerra e homicídio, sendo a segunda principal causa de morte em meninas de 15 a 19 anos (após condições maternas) e a terceira principal causa de morte em homens (após acidentes de trânsito e violência interpessoal) nessa mesma faixa etária, portanto, um relevante problema de saúde pública (WHO, 2019).

De acordo com WHO (2019), a taxa global de suicídio padronizada por idade foi de 10,5/100 mil habitantes em 2016, variando entre os países e sendo identificados valores inferiores a 5 óbitos/100 mil habitantes e superiores a 30 mortes/100 mil. Também, no período entre 2010 e 2016, apesar da redução de 9,8% na taxa global de suicídios, foi observado aumento de 6,0% nessas taxas para a Região das Américas. A redução das taxas de suicídio foi reconhecida, inclusive, como uma das prioridades dos “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas”, no objetivo 3 (Saúde e Bem-estar) e explicitada como meta para o Brasil (meta 3.4) (PNUD, 2015).

Dentre as diferentes formas de se cometer o suicídio, a intoxicação exógena é uma prática bastante comum (BRASIL, 2017; NAKAJIMA et al., 2019; LEE et al., 2019). O Ministério da Saúde estabelece a intoxicação exógena como de notificação compulsória em todo território nacional e define esse evento como o “conjunto de efeitos nocivos representados por manifestações clínicas ou laboratoriais que revelam desequilíbrio orgânico produzido pela interação de um ou mais agentes tóxicos com o sistema biológico”. A tentativa de suicídio por

intoxicação exógena é especificada como “ato humano de tentar cessar a própria vida através da utilização de substâncias químicas, porém sem consumação” (BRASIL, 2018).

No Brasil, entre 2007 e 2017, foram registrados 5.662.456 óbitos por intoxicação exógena, sendo a faixa etária mais acometida, a de indivíduos entre 20 e 39 anos. Esses óbitos prematuros, além de representarem um impacto econômico e social, pela perda da vida produtiva, trazem grande impacto emocional e psicológico para as famílias que perdem seus entes queridos (MAIA et al., 2019).

Especificamente no que se refere às violências contra as mulheres, em geral, são eventos que ocorrem na esfera do privado, sendo perpetrados por parceiro íntimo, sem o conhecimento da família ou amigos, interferindo na autonomia e mobilidade das mulheres e inviabilizando o acionamento de possíveis redes de apoio. Tais fatores, somados à naturalização da violência, contribuem para a subnotificação dos casos e, também, para subinformação das reais causas de mortes violentas (ALVES et al., 2013).

Nesse sentido, a morte de mulheres por causas violentas, bem como o óbito de mulheres por intoxicação exógena, pode ser erroneamente declarada como óbito de causa mal definida ou de causa ignorada. A ocorrência desses óbitos indica problemas de acesso aos serviços de saúde, a exemplo de quando a pessoa falecida não recebe nenhum tipo de assistência médica e/ou reflete a qualidade da assistência médica prestada, por incapacidade do médico atestante diagnosticar ou registrar, adequadamente, a causa do óbito, (SANTO, 2008; CUNHA, 2017), por exemplo, quando não há informações disponíveis sobre a doença ou agravo que levou ao óbito ou quando este ocorre algum tempo depois do acidente ou violência (LOPES et al., 2018). Também, no caso do preenchimento da declaração de óbitos decorrente de causas externas, o que deve ocorrer por profissionais médicos do Instituto Médico Legal, há constrangimentos dos médicos legistas em indicarem a provável circunstância da morte (homicídio, suicídio ou acidente), seja devido às expectativas que as famílias constroem sobre a causa do óbito, as quais só serão esclarecidas por exames adicionais ou por inquérito policial a ser instaurado (LOPES et al., 2018), ou por atribuírem maior importância à descrição da natureza da lesão em detrimento das circunstâncias do óbito não natural, ou, ainda, por receio de serem implicados como testemunhas nos inquéritos policiais (MELO et al., 2013).

Podemos citar, ainda, a ausência dos Serviços de Verificação de Óbito na maioria dos estados e das grandes cidades do Brasil. Esse serviço é responsável por realizar procedimentos de necropsia para esclarecimento de óbitos de causa natural não elucidada, em caso de óbito sem assistência médica ou com assistência médica onde a causa morte não foi

definida ou é mal definida (BORDONI et al., 2017). Além disso, apesar da declaração do óbito ser um ato médico, em localidades sem esse profissional, a Lei dos Registros Públicos (BRASIL, 1975), prevê que: Art. 77. "... duas pessoas que tenham presenciado ou certificado a morte" possam promover seu registro. Essas fragilidades podem contribuir para o aumento dos óbitos por causas mal definidas.

As dimensões de gênero e raça/cor na produção de dados sobre violências contra as mulheres

A pauta do enfrentamento da violência contra mulheres é algo relativamente recente no Brasil e no mundo. A abordagem dessa violência como questão social é reflexo da 'produtiva' colaboração entre movimento feminista e produção científica, refletindo em ganhos práticos como as conquistas na promulgação de leis e normas que ao garantirem direitos das mulheres, promoveram maior emancipação das mulheres e equidade social (SCHRAIBER, 2009).

Enquanto evento complexo e que requer uma abordagem interdisciplinar e multiprofissional, o setor saúde não tardou a ser convocado a integrar as ações de enfrentamento e a compor, por exemplo, a rede de atendimento às mulheres em situação de violência. Nessa composição, destacamos, especificamente, como importância para esse trabalho, a Vigilância em Saúde enquanto processo contínuo e sistemático de coleta e disseminação de dados sobre eventos em saúde e que cumpre papel de destaque no planejamento e implementação de medidas de saúde (BRASIL, 2013a), bem como na avaliação das políticas públicas, não apenas no âmbito da saúde, como em diálogo com outras áreas, cumprindo o preceito da intersetorialidade.

A tentativa de integrar a violência contra as mulheres no sistema de vigilância se deu de forma mais objetiva em 2010, quando a violência doméstica, sexual e/ou autoprovocada passaram a integrar a lista nacional de agravos de notificação compulsória e, conseqüentemente, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (BRASIL, 2010). Na publicação mais recente dessa lista, a notificação da violência é especificada como 'violência doméstica e/ou outras violências' e 'violência sexual e tentativa de suicídio' (BRASIL, 2020).

O setor saúde já participava da produção de dados sobre violência, especificamente a partir do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), com o registro de óbitos. Com a incorporação da notificação da violência no SINAN, a vigilância em saúde amplia sua

capacidade de produzir dados e informação sobre a violência, deixando de ser prerrogativa exclusiva da segurança pública.

Em se tratando das estatísticas produzidas sobre violência, diferentes estudos apontam perfis semelhantes de mulheres em situação de violência, sendo que mulheres negras de baixa escolaridade e em atividade de menor remuneração concentram o maior número de casos (BRASIL, 2019); também para feminicídio as estatísticas revelam a concentração de casos em mulheres negras, segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, do total de feminicídios em 2018 (1.206 casos), 61% eram de mulheres negras (FBSP, 2019).

A categoria gênero é importante para compreendermos a violência contra as mulheres. Enquanto construção cultural, gênero dá sentido às relações de poder entre homens e mulheres e organiza e hierarquiza as relações, definindo um lugar, ainda que dialógico, transitório e passível de mudança, de subordinação e opressão das mulheres (SCOTT, 1995). A violência seria em última análise a expressão da legitimação das relações de poder entre homens e mulheres, relações essas que também se manifestam nas desigualdades construídas quando se analisam outras categorias, como classe, raça e sexualidade (COSTA et al., 2012).

Assim, para além da desigualdade de gênero, que expõe as mulheres a diferentes formas de violência, outros marcadores como racismo e opressão de classe, operam juntos para a maior exposição das mulheres negras às situações de violência. Essa articulação entre diferentes marcadores define o conceito de interseccionalidade, central no feminismo negro (CRENSHAW, 2002).

Nesse sentido, abordar a violência contra as mulheres requer, necessariamente, um olhar de gênero interseccional. Apesar dos avanços alcançados em termos jurídicos legais (a exemplo da promulgação da Lei Maria da Penha e da Lei do Feminicídio) e do comprometimento do setor saúde na produção de estatísticas que deem visibilidade à violência contra as mulheres, a análise desse evento não alcançará a desejável superação das desigualdades se não questionar sua própria capacidade de produção de dados.

PROCEDIMENTOS MÉTODOLÓGICOS

A pesquisa foi realizada no município de Viçosa-MG, localizado na Zona da Mata, Minas Gerais, com população estimada para 2019 de 78.846 habitantes. No período do estudo, que compreendeu o período de 2010 – 2015, a população feminina variou de 37.219 em 2010 (censo demográfico) e 39.448 em 2015 (estimativa) (IBGE, 2019).

Os dados da pesquisa incluíram notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências; notificações de intoxicação exógena; óbitos por causa externa e óbitos por causas mal definidas referentes a mulheres residentes em Viçosa. As informações sobre os óbitos foram obtidas através do SIM e os demais eventos, do SINAN, tendo sido acessados no Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde (SVE/SMS).

As informações obtidas do SIM incluíram dados sobre o óbito (causa básica e local de ocorrência) e a mulher (nome, nome da mãe, data de nascimento, raça/cor, estado civil, idade, escolaridade e ocupação). As informações do SINAN, módulo “violência interpessoal/autoprovocada”, incluíram dados sobre o evento violência contra a mulher (natureza da violência, reincidência, horário e local de ocorrência), a mulher em situação de violência (nome, nome da mãe, data de nascimento, raça/cor, idade, escolaridade e ocupação) e o agressor (vínculo/parentesco). Com relação ao módulo “intoxicação exógena”, as informações obtidas do SINAN incluíram dados sobre o evento intoxicação (circunstância da intoxicação, agente tóxico, reincidência e desfecho) e a mulher/paciente (raça/cor, idade, escolaridade e ocupação).

ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados, organizados em planilhas eletrônicas, foram inicialmente avaliados quanto à duplicidade de notificação para cada evento, individualmente. Para isso, foram consultadas, quando necessário, as declarações de óbito e as fichas de notificação originais arquivadas no SVE/SMS.

Os óbitos por causa externa identificados no estudo foram classificados em seis grupos, considerando os códigos da Classificação Internacional de Doenças - CID 10 (OMS, 1993), sendo: acidentes de transporte (V01 até V99); outros acidentes (W00 até X59); suicídio (X60 até X84); agressões (X85 até Y09); intenção indeterminada (Y10 até Y34) e outras causas externas (Y35 até Y98).

Quadro 1 - Agrupamentos ocupacionais e consequentes ocupações do autor da violência.

Grupo de Ocupação ⁵	Ocupações
0	Sem informação
1	Banqueiro; deputado; senador; diplomata; capitalista; alto posto militar (como general); alto cargo de chefia ou gerência em grandes organizações; alto posto administrativo no serviço público; grande industrial (empresas com mais de 100 empregados); grande proprietário rural (com mais de 2.000 hectares); e outras ocupações com características semelhantes.
2	Profissional liberal de nível universitário (como médico, engenheiro, arquiteto, advogado, dentista etc.; cargo técnico científico (como pesquisador, químico-industrial, professor de universidade, jornalista ou outra ocupação de nível superior); cargo de chefia ou gerência em empresa comercial ou industrial de porte médio (10 a 100 empregados); posto militar de tenente, capitão, major, coronel; grande comerciante; dono de propriedade rural de 200 a 2.000 hectares; e outras ocupações com características semelhantes.
3	Bancário; oficial de justiça; professor primário e secundário; despachante; representante comercial; auxiliar administrativo; auxiliar de escritório ou outra ocupação que exija curso fundamental (antigo 1º grau ou ginásial) completo, incluindo funcionário público com esse nível de instrução e que exerça atividades semelhantes, posto militar de sargento, subtenente e equivalentes; pequeno industrial (até 9 empregados); comerciante médio; proprietário rural (de 20 a 199 hectares); e outras ocupações com características semelhantes.
4	Datilógrafo; telefonista; mecanógrafo; contínuo; recepcionista; motorista (empregado); cozinheiro ou garçom de restaurante; costureiro; operário qualificado (que tenha um mínimo de aprendizado profissional, como mecânico, gráfico, metalúrgico, ferramenteiro); porteiro; chefe de turma; mestre de produção fabril; serralheiro; marceneiro; comerciário, como balconista, empregado de loja de artigos finos ou de estabelecimento comercial de grande porte (casa de roupa, sapataria, joalheria, farmácia, drogaria, loja de aparelhos domésticos, imobiliárias); funcionário público no exercício de atividades semelhantes; posto militar de soldado, cabo e equivalentes; pequeno comerciante; sitiante; pequeno proprietário rural (até 19 hectares); e outras ocupações com características semelhantes.
5	Operário (não qualificado); servente; carregador; empregada doméstica, como cozinheira, passadeira, lavadeira, arrumadeira; lixeiro; biscateiro; faxineiro; lavador; garrafeiro; pedreiro; garçom de botequim; lavrador ou agricultor (assalariado); meeiro; caixeiro de armazém ou de outro pequeno estabelecimento comercial varejista (quitanda, mercearia, peixaria, lanchonete, lojas de ferragens); e outras ocupações com características semelhantes.
6	Dona de casa
7	Estudante
8	Aposentada
9	Desempregada

FONTE: Adaptado de Universidade Federal de Viçosa.

⁵ Os agrupamentos 1 e 2 são de boa remuneração, o 3 de média e o 4 e 5 de baixa remuneração.

Já os óbitos por causas mal definidas, incluíram aqueles codificados no Capítulo XVIII da CID-10: sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00 a R99) (OMS, 1993).

A variável “ocupação” foi analisada considerando a classificação utilizada pela Universidade Federal de Viçosa para categorização de candidatos em processos seletivos da instituição. Essa classificação prevê seis agrupamentos, sendo que foram criados outros quatro agrupamentos (0-sem informação; 7-aposentada; 8-desempregada; 9-estudante), para abranger ocupações que não se adequavam às categorias preexistentes (Quadro 1). Para fins analíticos os grupamentos 4 e 5 foram analisados em conjunto.

Posteriormente à coleta e organização dos dados, foram realizadas análises descritivas para cada evento (óbito, violência e intoxicação exógena), a fim de compreendermos a dimensão e as características desses eventos na população feminina de Viçosa.

Para fins deste estudo, consideramos feminicídio todos os óbitos de mulheres por agressão identificados no período da pesquisa (2010 – 2015). Assim, a taxa de feminicídio foi calculada considerando o total de óbitos por agressões ocorridos em mulheres residentes em Viçosa, entre 2010 e 2015 e as populações femininas estimadas pelo IBGE para os anos 2010-2012 e pelo Datasus para os anos 2013-2015 (RIPSA, 2002) e expresso por 100.000 mulheres.

Finalizada as análises descritivas, os casos de óbitos, violência e intoxicação exógena foram emparelhados considerando como variáveis chaves: nome da mulher, nome da mãe e data de nascimento. Para tanto, consideramos as mulheres como unidade de análise. Assim, foi possível identificar a ocorrência simultânea dos eventos óbito, notificação de violência e/ou notificação de intoxicação exógena para uma mesma mulher.

O protocolo de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (Parecer nº 277.522).

RESULTADOS E ANÁLISES

Os resultados e as respectivas análises são apresentados individualmente para cada evento (violência, óbitos por causas externas e mal definidas e intoxicação exógena) e, em seguida apresentamos as reflexões de forma integrada.

Violência contra as mulheres

Foram identificadas 3.513 notificações de violência doméstica, sexual e outras violências entre mulheres residentes em Viçosa no período estudado, representando 83,3% do total de casos notificados. Entre os casos notificados em mulheres, 46,9% eram reincidentes.

Quanto à natureza da violência, as mais frequentes foram psicológica/moral (66,1%) e física (60,5%); a maioria dos casos ocorreu na residência (77,4%); no período noturno, entre 18 e 24 horas (29,4%). Com relação ao vínculo da mulher com o agressor, a maioria dos casos de violência (65,5%) foi perpetrada por parceiro íntimo atual ou anterior (cônjuge, ex-cônjuge, namorado, ex-namorado) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das notificações de violência doméstica, sexual e outras violências segundo variáveis referentes ao evento violência e à mulher, Viçosa-MG, 2010-2015.

Variável	Violência doméstica, sexual e outras violências	
	N	%
Natureza da violência⁶		
Psicológica/moral	2.322	66,1
Física	2.124	60,5
Patrimonial	479	13,6
Sexual	194	5,5
Violência autoprovocada ⁷	86	2,4
Outras violências ⁸	55	1,6
Horário de ocorrência (horas)		
00:00 – 04:59	331	9,4
05:00 – 12:00	655	18,7
12:01-18:00	769	21,8

⁶ Uma notificação de violência pode referir a mais de um tipo de violência, assim, para cálculo do percentual, consideramos o total de casos notificados (3.513).

⁷ Notificações de violência cujo autor foi a própria pessoa, independentemente do desfecho (óbito ou não) e do meio de agressão (arma branca, arma de fogo, objeto contundente, enforcamento, queimadura e outros).

⁸ Inclui tortura, negligência, violência institucional e violência legal.

18:01 – 23:59	1.031	29,4
Ignorado/sem informação	727	20,7
Local de ocorrência		
Residência	2.720	77,4
Via pública	481	13,7
Comércio/serviços	67	1,9
Bar ou similar	60	1,7
Outros	113	3,2
Ignorado/sem informação	72	2,0
Sexo do/a provável agressor/a		
Masculino	3.210	91,4
Feminino	237	6,7
Ambos os sexos	39	1,1
Ignorado/sem informação	27	0,8
Vínculo da mulher com o/a agressor/a⁹		
Cônjuge	1.235	35,2
Ex-cônjuge	732	20,8
Conhecido	335	9,5
Filho	241	6,9
Ex-namorado	208	5,9
Irmão	122	3,5
Desconhecido	113	3,2
Namorado	108	3,1
Outros vínculos ¹⁰	342	9,7
Ignorado/sem informação	40	1,1
Não se aplica ¹¹	59	1,7
Raça/cor		
Branca	1.342	38,2
Parda	1.191	33,9
Preta	878	25,0
Amarela	19	0,5
Indígena	4	0,1
Ignorado/sem informação	79	2,2
Idade (anos)		
Menor de 1	4	0,1
1-9	29	0,8
10-19	405	11,5
20-29	1.059	30,1
30-39	1.062	30,2

⁹ Uma notificação de violência pode ter mais de um agressor, assim, para cálculo do percentual, consideramos o total de casos notificados (3.513).

¹⁰10 Inclui pai, padrasto, mãe, tio e outros familiares, cuidador, vizinhos, vínculo institucional, entre outros.

¹¹ Refere-se à violência autoprovocada. Fonte: SINAN – SVE/SMS.

40-49	505	14,4
50-59	286	8,1
60 ou mais	158	4,5
Ignorado/sem informação	5	0,1
Escolaridade		
Sem escolaridade	62	1,8
Fundamental I (1º a 4º)	279	7,9
Fundamental II (5º ao 9º)	1.652	47,0
Ensino médio	843	24,0
Superior incompleto	181	5,2
Superior completo	209	5,9
Não se aplica	34	1,0
Ignorado/sem informação	253	7,2
Ocupação		
Aposentada	108	3,1
Desempregada	183	5,2
Estudante	327	9,3
Dona de casa	628	17,9
Agrupamento 2	71	2,0
Agrupamento 3	116	3,3
Agrupamento 4 e 5	823	23,4
Ignorado/sem informação	1.257	35,8

Com relação ao perfil das mulheres, a maioria tinha idade entre 20 a 39 anos, eram pretas ou pardas; não tinha escolaridade ou estudaram até o ensino fundamental (56,7%); ocupavam cargos de baixa remuneração - agrupamento 4 e 5, que inclui as empregadas domésticas (23,4%) - ou eram donas de casa (17,9%) (Tabela 1). Destacamos que, no caso específico das mulheres pretas e pardas, essas representaram 66,5% das mulheres com baixa remuneração, 70,5% das desempregadas, 68,4% das mulheres sem escolaridade ou com ensino fundamental e 63,7% das donas de casa.

Destacamos, ainda, o elevado percentual de registros 'ignorado/sem informação' para as variáveis 'horário de ocorrência' da violência e 'escolaridade' e 'ocupação' das mulheres. Esses registros aparecem mais frequentemente quando a notificação corresponde a mulheres negras (52,8%; 46,6% e 56,6%, respectivamente) do que às brancas (38,8%; 35,6% e 38,3%, respectivamente) (dados não apresentados em tabela).

No município de Viçosa-MG, a parceria iniciada em 2010, entre a Universidade Federal de Viçosa (UFV), através do Núcleo Interdisciplinar de Estudos de Gênero (NIEG), e a Secretaria Municipal de Saúde incluiu o esforço de melhorar a notificação dos casos de violência contra as mulheres no âmbito da saúde. Assim, por meio do Projeto "Casa das

Mulheres”, financiado pelo Programa de Extensão Universitária-ProExt/MEC-SESu, e do Projeto PET-Saúde/VS (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde em Vigilância em Saúde), financiado pelo Ministério da Saúde, foi realizada a busca ativa de casos de violência nos bancos de dados da Polícia Civil, por meio do Registro de Eventos de Defesa Social (REDS), e nas anamneses preenchidas pela “Casa das Mulheres”, além de um intenso processo de capacitação de agentes comunitárias de saúde e demais profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família.

Como resultado dessas atividades, o município de Viçosa passou a ser um dos municípios mineiros a notificar mais casos de violência no SINAN, aumentando a notificação de três casos em 2009 para 668 casos em 2015 (DATASUS, 2019).

Essa situação caracterizou um cenário bastante específico em um município de médio porte, onde a presença de uma instituição de ensino superior contribuiu para a qualificação das ações de vigilância em saúde, além do investimento financeiro do governo federal, por meio da Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM), em atividades de pesquisa, ensino e extensão como o ProExt e o PET Saúde/VS, cujas últimas edições finalizaram em 2015. Nesse sentido, a existência de um banco de dados sobre violência doméstica, sexual e outras violências em mulheres com efetivo registro de casos possibilitou a condução das análises realizadas nesse trabalho, diferentemente de outros municípios brasileiros em que o registro dessa informação ainda é incipiente e/ou falho.

Considerando as características do evento violência, os dados corroboram a afirmativa de que a violência contra mulheres se caracteriza como um evento da intimidade, situada no âmbito doméstico e praticada, principalmente, pelo companheiro ou ex-companheiro (ALVES et al., 2013; FBSP, 2019). Essa proximidade, aliada à dependência econômica, implica na dificuldade de romper o ciclo da violência, traduzindo-se na elevada reincidência de casos e refletindo as relações de poder entre homens e mulheres.

O perfil das mulheres em situação de violência assinala que, apesar de ser um evento que atinge mulheres de diferentes níveis socioeconômicos, está concentrado em negras, jovens, com baixa escolaridade e que exercem atividades de baixa remuneração (como empregadas domésticas) ou são donas de casa. Segundo Santiago e Coelho (2011), esse aspecto é recorrente em diversos estudos e, do ponto de vista histórico brasileiro, a violência contra a mulher também é herdeira de uma cultura escravocrata, construída a partir de um modelo colonizador, tornado as mulheres negras ainda mais vulneráveis. Além do racismo que estrutura as relações na sociedade e lança um caminho de compreensão da violência contra as

mulheres, sendo essa mais frequente e grave entre as negras, o conceito de interseccionalidade colabora para a compreensão desse evento, pois além desse ser um corpo negro é também um corpo pobre. A interseccionalidade das categorias raça e classe social na caracterização do perfil de mulheres que sofrem violência é algo que a bibliografia especializada já aponta há quase 20 anos, (KRUG et al., 2002; FBSP, 2019), perfil que praticamente não se altera, indicando que as políticas públicas e ações empreendidas no enfrentamento à violência contra as mulheres pouco têm avançado na superação das desigualdades não apenas em relação às mulheres, mas entre as mulheres. Procurando aprofundar essa reflexão, seria esperado que a demonstração da interseccionalidade entre raça, gênero e classe na produção da violência contra as mulheres, seria importante motivador para o esforço de se reverter esse quadro, visibilidade essa que se amplia com a possibilidade de se lançar mão de diferentes sistemas de informação, incluindo os da saúde. Entretanto, conforme Collins (2019), as opressões e violências que decorrem da articulação entre raça, classe e gênero têm bases ideológicas o que explicaria a manutenção (e por que não, ampliação da sua existência). Para essa autora, as imagens de controle, como constitutivas dessa ideologia de dominação, produziram modos de comportamento e tratamento das mulheres negras, objetificadas, assim, como o outro na sociedade, “aqueles que nunca poderão ser realmente parte dela” (COLLINS, 2019). Exemplificando esse argumento, temos que para as variáveis com mais dados ‘ignorado/sem informação’, as mulheres negras acumularam mais registros desse tipo do que as mulheres brancas.

Nesse sentido, a visibilização do fenômeno da violência não é capaz sozinho de mobilizar os esforços necessários para que o enfrentamento à violência contra as mulheres produza resultados consistentes e definitivos. Sem o necessário debate ideológico, sobre categorias que muitas vezes são apenas tradas como variáveis nas estatísticas, produzimos um paradoxo, em que a própria visibilização do evento violência, produz a invisibilidade das opressões, correndo-se o risco de sermos coniventes com a violência em determinados grupos, ou seja, os ‘outros’.

Óbito em mulheres: causas externas e mal definidas

Entre 2010 e 2015, foram identificados 898 óbitos em mulheres residentes em Viçosa-MG, sendo 38 (4,2%) por causas externas e 78 (8,7%) por causas mal definidas.

Dentre os óbitos por causas externas, a maioria das mulheres era branca (52,6%) e 57,9% ocorreram em mulheres com até 59 anos; destacamos o alto percentual de casos (42,1%) entre mulheres idosas (60 anos e mais) (Tabela 2). Quanto ao local de ocorrência, a maioria dos óbitos ocorreu no hospital (60,5%). Dentre os óbitos ocorridos em domicílio (18,4%), identificamos que em 77,8% não havia informação sobre o médico que atestou o óbito.

Com relação à escolaridade, 23,7% das mulheres não tinham escolaridade ou tinham até o ensino fundamental, sendo que elevado percentual (76,3%) dos dados era ignorado ou sem informação. A maioria das mulheres era aposentada, dona de casa ou desempenhavam atividades ocupacionais de baixa remuneração, grupamentos 4 e 5, que inclui as empregadas domésticas (63,2%) (Tabela 2).

Considerando o tipo de causa externa, 21,1% foram por agressão, 18,4% por “outros acidentes” (em sua maioria quedas de mesmo nível), 13,2% por suicídio e 28,9% por intenção indeterminada. Em geral, agressão ocorreu em mulheres mais jovens (menos de 40 anos), enquanto suicídio e “outros acidentes” ocorreram em mulheres entre 40 e 59 anos e idosas (acima de 70 anos), respectivamente. A maioria dos óbitos por agressões ocorreu em mulheres negras (62,5%), enquanto suicídio e “outros acidentes” vitimaram mais mulheres brancas, 60,0% e 85,7%, respectivamente (dados não apresentados em tabela).

Para os óbitos por causa mal definida, as mulheres eram na maioria negras (55,1%) e tinham idade acima de 60 anos (80,8%). Quanto ao local de ocorrência, a maior parte dos óbitos ocorreu em domicílio (69,2%) e, dentre esses, em 77,8% não havia informação sobre o médico que atestou o óbito. Com relação à escolaridade, 25,7% das mulheres não tinham escolaridade ou estudaram até o ensino fundamental e houve alto percentual de dados com registro ignorado ou sem informação (69,2%). A maioria das mulheres era dona de casa, aposentada ou desempenhavam atividades ocupacionais de baixa remuneração (Tabela 2). Ao avaliar simultaneamente as variáveis raça/cor e local de ocorrência dos óbitos por causas mal definidas, observamos que, entre os óbitos hospitalares, a maioria (52,6%) era de mulheres brancas, enquanto entre os óbitos ocorridos em domicílios, a maior parte (61,1%) era de mulheres negras.

Tabela 2 - Distribuição dos óbitos de mulheres por causas externas e mal definidas segundo variáveis sociodemográficas, Viçosa-MG, 2010-2015.

Variável	Causas externas		Causas mal definidas	
	n	%	n	%
Raça/cor				
Branca	20	52,6	35	44,9
Preta	8	21,1	11	14,1
Parda	5	13,2	32	41,0
Ignorado/sem informação	5	13,2	-	-
Estado civil				
Solteira	11	28,9	12	15,4
Casada	8	21,1	15	19,2
Viúva	12	31,6	39	50,0
Divorciada	3	7,9	5	6,4
Ignorado/sem informação	4	10,5	7	9,0
Idade (anos)				
Menor de 1	-	-	1	1,3
1-9	1	2,6	1	1,3
10-19	1	2,6	-	0,0
20-29	6	15,8	1	1,3
30-39	4	10,5	2	2,5
40-49	6	15,8	3	3,8
50-59	4	10,5	7	9,0
60 ou mais	16	42,1	63	80,8
Escolaridade				
Sem escolaridade	3	7,9	5	6,4
Fundamental I (1º a 4º)	4	10,5	13	16,7
Fundamental II (5º ao 8º)	2	5,3	2	2,6
Ensino médio	-	-	4	5,1
Superior incompleto	-	-	-	-
Superior completo	-	-	-	-
Ignorado/sem informação	29	76,3	54	69,2
Local de ocorrência				
Hospital	23	60,5	19	24,4
Domicílio	7	18,4	54	69,2
Via pública	5	13,2	1	1,3
Outros	2	5,3	4	5,1
Ignorado/sem informação	1	2,6	-	-
Ocupação				
Aposentada	9	23,7	22	28,2
Estudante	1	2,6	-	-
Donas de casa	7	18,4	24	30,8

Agrupamento 2	-	-	-	-
Agrupamento 3	-	-	-	-
Agrupamento 4 e 5	17	44,7	25	32,1
Ignorado/sem informação	4	10,5	7	9,0

FONTE: SIM – SVE/SMS

De forma semelhante ao observado para o evento violência, destacamos os percentuais elevados de registros ‘ignorado/sem informação’ principalmente para a variável escolaridade, sendo 76,3% para o óbito por causas externas e 69,2% para o óbito por causas mal definidas. Também, para o óbito por causas externas, esses registros foram mais frequentes para as mulheres negras (37,9%), já para o óbito por causas mal definidas foram semelhantes para brancas e negras (42,6%). Há que se considerar que para o evento óbito por causas externas, a própria variável raça/cor também apresentou percentual elevado de registros ‘ignorado/sem informação’ (13,2%) (dados não apresentados em tabela).

Dados sobre todas as causas de óbitos em mulheres obtidos no SVE/SMS e no DATASUS (2019), para o período 2010 a 2015, permitiram demonstrar que as causas externas representaram a oitava causa de óbito entre mulheres residentes, enquanto as causas mal definidas apareceram como terceira causa, atrás, apenas, das doenças do aparelho circulatório (1ª posição) e neoplasias (2ª posição).

A importância do óbito por causa externa se expressa pelo fato de que, no Brasil, nos últimos 20 anos, essa mortalidade tem se mantido entre as três principais causas de óbito (além das neoplasias e as doenças do aparelho circulatório), especificamente para as mulheres, no mesmo período, as causas externas representaram 7,6% do total de óbitos, sendo a 6ª principal causa (DATASUS, 2019).

Especificamente em relação aos óbitos por agressão, as análises usualmente realizadas para esses óbitos indicam maior ocorrência e risco entre indivíduos jovens do sexo masculino (MOURA et al., 2010; WHO, 2013a; BRASIL, 2015a) sugerindo desigualdades de gênero em que os homens estariam mais expostos a situações de risco de morte precoce devido a comportamentos reafirmadores da masculinidade (SOUZA, 2005). Apesar dos dados quantitativos indicarem que a mortalidade por agressão é mais importante entre os homens, os percentuais em mulheres não são desprezíveis, o estudo de Molinatti; Acosta (2015) apontou que, no Brasil, entre 2001 e 2011, as taxas de mortalidade por agressão em mulheres tiveram tendência de aumento significativo e foram superiores à média mundial e da América Latina.

A análise do óbito por agressão em mulheres revela também outras dimensões desse evento. Estudos vêm demonstrando a tendência de que a mortalidade por agressão em homens e mulheres está associada, assim, locais com maiores índices de violência afetam tanto a mortalidade masculina quanto a feminina por agressão; adicionalmente, a prevalência de violência contra as mulheres também é maior (MENEGHEL; HIRATA, 2011; LEITES et al.; 2014; MOLINATTI; ACOSTA, 2015; BARUFALDI et al., 2017). Assim, a violência, enquanto fenômeno estrutural, afeta homens e mulheres e, mais ainda as mulheres, por implicar em maiores ocorrências de violência de gênero.

Outra dimensão importante do óbito por agressão, verificado nesse estudo em outros, como o de Barufaldi et al. (2017), é a maior ocorrência em mulheres negras, sugerindo, que a violência, além de se caracterizar pela desigualdade de gênero, também está articulada ao racismo estrutural que vitima mais mulheres negras por agressão do que mulheres brancas.

Também importa considerar que os dados registrados no SIM não permitem concluir se o homicídio de mulheres foi determinado por razões de gênero, sendo, assim, feminicídio, já que não é possível depreender a relação entre a vítima e o agressor ou a motivação do óbito a partir dos registros (WHO, 2013b, BARUFALDI et al., 2017). Entretanto, algumas estimativas consideram que de 60 a 70% dos homicídios de mulheres por agressão são feminicídios (CAMPBELL et al., 2007; MENEGHEL; PORTELLA, 2017).

No caso dos suicídios, pesquisas apontam maiores proporções de tentativas entre mulheres, contudo maior incidência de óbitos entre homens (MOURA et al., 2010; WHO, 2019). Segundo estudos nacionais e internacionais, homens e mulheres teriam tendências suicidas diferentes, sendo que mulheres seriam mais propensas a tentar o suicídio mais vezes, não necessariamente consumando-o. Os homens, por outro lado, apresentariam maior risco de morte por essa causa (HAWTON, 2000; BRASIL, 2017; LEE et al., 2019; MAIA et al., 2019). Assim, o suicídio também estaria demarcado por questões de gênero, o que se revela não apenas na maior ocorrência de casos em homens, como nas diferentes motivações e processos que aproximam ou diferem homens e mulheres no ato de por fim à própria vida (MINAYO; CAVALCANTE, 2013).

Os resultados desse trabalho indicaram maior proporção de óbitos por suicídio entre mulheres brancas adultas (40 a 59 anos). O perfil do óbito por suicídio no Brasil, entre 2011 a 2016, também indicou maior concentração de casos, para mulheres brancas, entre as adultas (BRASIL, 2017), mas, de forma geral, a faixa etária que mais concentra casos de suicídio, mundialmente, é de pessoas com menos de 45 anos (WHO, 2019). São poucos os estudos

que aprofundam a compreensão sobre as causas do suicídio em mulheres, mas é importante pensar que os casos de suicídio podem estar relacionados a um histórico de violência doméstica. No estudo realizado por Minayo e Cavalcante (2013), sobre o suicídio em mulheres idosas (entre 60 e mais de 80 anos), as autoras concluem que a violência de gênero e intrafamiliar esteve entre as principais causas do suicídio feminino. Assim, o suicídio acabaria por ser uma estratégia das mulheres de por fim a uma vida de violência.

Estudos sobre esse tema se deparam com o problema da subnotificação dos casos, a qual pode estar relacionada a diferentes fatores, desde culturais (como de ordem religiosa ou financeira) ao acesso a atenção especializada, seja da área da segurança ou da saúde, uma vez que, na maioria dos países, a determinação de que um óbito foi suicídio cabe à polícia e aos profissionais médicos (HAWTON; HEERINGER, 2009; PINTO et al., 2012).

Além da questão da subnotificação, outro problema relacionado ao registro dos casos de suicídio, diz respeito ao fato de que óbitos por agressão podem ser erroneamente classificados como outros tipos de mortes violentas, como os suicídios (LEITES et al., 2014), podendo, nesse caso, mascarar casos de feminicídio. Assim, o suicídio feminino, quando não adequadamente esclarecido, pode encobrir a violência de gênero de duas maneiras, seja quando a motivação do ato se deu por um histórico de violência, seja por ser, na verdade, um óbito por agressão motivada por questões de gênero.

Com relação às causas mal definidas, o perfil de óbito de mulheres reflete um quadro de vulnerabilidade social. Tal quadro esteve caracterizado por mulheres negras, pobres e com acesso restrito a serviços de saúde, sugerido pelo local de ocorrência do óbito (domicílios) e pela ausência da informação sobre o médico que atestou o óbito ocorrido no domicílio.

Chor e Lima (2005) afirmam que a proporção de óbitos por causas mal definidas e sem assistência médica podem ser considerados evidências das diferenças entre os grupos étnico-raciais no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde. Ainda, a vulnerabilidade social tem influência nos registros da declaração de óbito, bem como, da notificação das violências, contribuindo para a ocultação desses eventos, impactando a qualidade e a fidedignidade das informações geradas a partir dos sistemas de informação em saúde.

Municípios e regiões identificados com baixas taxas de homicídios apresentam, concomitantemente, altas proporções de óbitos com causa indeterminada (SOUZA et al., 2019). Além disso, uma pesquisa que relacionou óbitos por causas externas de intenção indeterminada e óbitos naturais por causa indeterminada a dados dos setores Saúde e Segurança Pública e da imprensa, apontou a alta redução de registros de causas

indeterminadas, levando ao aumento relativo de 71,6% nas agressões e 112,0% nas lesões autoinfligidas (LOPES et al., 2018).

Nesse sentido, a não definição da causa do óbito, que eventualmente pode ser resultante de agressão, e mesmo de suicídio, pode mascarar a dimensão da ocorrência do feminicídio. De fato, o único óbito de mulher por causa mal definida com notificação de violência doméstica no SINAN, identificado nesse estudo, apresentou seis ocorrências de violência em datas anteriores ao óbito.

Sobre os elevados percentuais de registros 'ignorado/sem informação' identificados para o evento óbito, outros estudos também mencionam essa omissão e a relacionam ao processo de trabalho (digitação, uso e qualidade dos programas de computação e a capacitação dos profissionais de saúde envolvidos) e a fatores externos (assistência à saúde adequada, conferindo informações fidedignas sobre a causa da morte) (MACENTE; ZANDONADE, 2010; FELIX et al., 2012; MESSIAS et al., 2016). Entretanto, considerando algumas características desses registros, como o fato de serem mais frequentes entre mulheres negras, apontamos que as omissões também refletem a dimensão do racismo que não apenas vitima mais essas mulheres, mas também determina que o registro do óbito tenha pior qualidade. Assim, da mesma forma que para o evento violência, considerando a importância da utilização dessas informações para a produção de estatísticas que objetivem, por exemplo, a redução das desigualdades em saúde e a ampliação do acesso aos serviços, as lentes teóricas de gênero e raça devem ser adotadas como perspectivas que orientem não só a análise, mas também a produção desses dados, desde o seu registro.

Intoxicação exógena

Entre 2010 e 2015, foram notificados 452 casos de intoxicação exógena entre residentes do município, sendo 66,8% (302/452) em mulheres. Dentre os casos de intoxicação exógena em mulheres, a maioria ocorreu em jovens entre 10 a 29 anos e em mulheres brancas; 36,8% não tinham escolaridade ou estudaram até o ensino fundamental; 20,9% ocupavam cargos de baixa remuneração (agrupamento 4 e 5) ou estavam desempregadas e 19,2% eram donas de casa (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das notificações intoxicação exógena segundo variáveis relacionadas a mulher e ao evento intoxicação, Viçosa-MG, 2010-2015.

Variável	Intoxicação exógena		Intoxicação exógena/tentativa de suicídio	
	n	%	n	%
Raça/cor				
Branca	160	53,0	119	51,5
Preta	54	17,9	46	19,9
Parda	79	26,2	60	26,0
Amarela	4	1,3	3	1,3
Ignorado/sem informação	5	1,7	3	1,3
Idade (anos)				
Menor de 1	1	0,3	-	-
1-9	16	5,3	-	-
10-19	77	25,5	64	27,7
20-29	83	27,5	66	28,6
30-39	65	21,5	53	22,9
40-49	30	9,9	27	11,7
50-59	22	7,3	15	6,5
60 ou mais	5	1,7	3	1,3
Ignorado/sem informação	3	1,0	3	1,3
Escolaridade				
Sem escolaridade	1	0,3	1	0,4
Fundamental I (1º a 4º)	39	12,9	31	13,4
Fundamental II (5º ao 9º)	71	23,5	57	24,7
Ensino médio	83	27,5	68	29,4
Superior incompleto	22	7,3	18	7,8
Superior completo	22	7,3	17	7,4
Não se aplica	20	6,6	-	-
Ignorado/sem informação	44	14,6	35	15,2
Ocupação				
Aposentada	5	1,7	3	1,3
Desempregada	20	6,6	18	7,8
Estudante	95	31,5	78	33,8
Dona de casa	58	19,2	47	20,3
Agrupamento 2	9	3,0	8	3,5
Agrupamento 3	14	4,6	11	4,8
Agrupamento 4 e 5	43	14,2	40	17,3
Ignorado/sem informação	58	19,2	26	11,3
Circunstância da exposição				
Uso habitual	6	2,0	-	-
Acidental	26	8,6	-	-
Uso terapêutico	2	0,7	-	-
Erro de administração	8	2,6	-	-
Automedicação	8	2,6	-	-
Abuso	8	2,6	-	-

Ingestão de alimento ou bebida	1	0,3	-	-
Tentativa de suicídio	231	76,5	231	100,0
Ignorado/sem informação	12	4,0	-	-

FONTE: SINAN – SVE/SMS

Considerando os casos de intoxicação exógena cuja circunstância da exposição esteve relacionada à tentativa de suicídio, prevaleceram mulheres jovens (10 a 29 anos), brancas, sem escolaridade ou que estudaram até o ensino fundamental (38,5%); 25,1% ocupavam cargos de baixa remuneração (agrupamento 4 e 5) ou estavam desempregadas e 20,3% eram donas de casa (Tabela 3).

Ainda em relação às tentativas de suicídio, 57,5% das mulheres com baixa remuneração, 55,6% das desempregadas, 61,8% das mulheres sem escolaridade ou com ensino fundamental e 55,3% das donas de casa eram negras. Entre as estudantes, 65,4% eram brancas, sendo que essa ocupação era desempenhada por 42,9% das mulheres brancas e 22,6% das negras (dados não apresentados em tabela).

Para os eventos intoxicação exógena e tentativa de suicídio, as variáveis escolaridade e ocupação também apresentaram percentuais elevados de registros ‘ignorado/sem informação’, entretanto, a distribuição desses registros entre mulheres brancas e negras foi semelhante.

A predominância da ocorrência de tentativa de suicídio em mulheres jovens e brancas, além dos resultados relativos a dados socioeconômicos desse estudo, foi similar ao descrito no perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no país (BRASIL, 2017) e em inquérito de base populacional realizado em municípios brasileiros (VIDAL, 2013). Entretanto, quando a análise considera a variável raça, percebemos que as mulheres negras que tentaram suicídio tinham condições de maior vulnerabilidade em relação à escolaridade e renda do que as brancas, sugerindo que também para a tentativa de suicídio a questão de raça é um marcador que diferencia as mulheres, sendo que a bibliografia disponível não explora essa dimensão analítica.

Considerando a circunstância da exposição, 76,5% (231/302) dos casos estiveram relacionados à tentativa de suicídio, sendo que em 71,4% (165/231) dos casos, os medicamentos foram o agente tóxico utilizado. De forma semelhante ao verificado nesse trabalho, outros estudos também referem à utilização de medicamentos pelas mulheres como principal agente tóxico para a tentativa de suicídio (RIBEIRO et al., 2018; NAKAJIMA et al., 2019).

Emparelhamento dos dados

Após o emparelhamento dos dados sobre violência, óbito e intoxicação exógena, não foram encontrados casos com registros simultâneos dos três eventos; entretanto, foram identificadas mulheres com registro de violência e intoxicação exógena e, também, de óbito por causa externa (agressões) e violência.

Dentre as 302 notificações de intoxicação exógena, identificamos 275 mulheres com pelo menos uma notificação (27 casos corresponderam a mulheres reincidentes); desse total, 76,0% (209) tiveram, como circunstância da exposição, a tentativa de suicídio e dessas, 14,8% (31) tiveram, no mesmo período, pelo menos uma notificação de violência doméstica no SINAN. Ainda, das mulheres com pelo menos uma notificação de violência doméstica, 29,0% (9) tentaram suicídio mais de uma vez.

Dentre os 38 óbitos por causas externas, 34,2% (13) foram causados por violências sendo 61,5% (8) por agressões e 38,5% (5) por suicídio. Dentre os óbitos por agressões, 62,5% (5) tinham registro de violência doméstica no SINAN. Dos óbitos por suicídio, 40,0% (2) tinham registro de violência no SINAN, entretanto, a notificação se referia à violência autoprovocada.

Com relação aos óbitos por causas mal definidas, apenas uma mulher apresentou notificação de violência doméstica no SINAN, sendo identificadas seis ocorrências em diferentes datas.

No caso do presente estudo, mais do que o aspecto quantitativo dos dados, o que nos chama atenção é a associação do óbito por agressão à ocorrência de notificação de violência contra a mulher no SINAN, reforçando a probabilidade de se tratar de feminicídio.

Segundo o Mapa da Violência 2015, o Brasil ocupou a quinta posição em assassinatos de mulheres em um ranking de 83 nações, com a taxa de 4,8 assassinatos/100 mil mulheres em 2013; Minas Gerais ocupou a 22ª posição dentre os estados brasileiros com 4,2 assassinatos/100 mil mulheres (WAISELFISZ, 2015). Em Viçosa, a taxa de mortalidade de mulheres por agressões (nesse estudo considerado como feminicídio) para o período de 2010 - 2015, foi igual a 2,2/100 mil. Destacamos que para os anos de 2011 e 2012 o município apresentou taxas de 5,3/100 mil mulheres.

A análise integrada dos dados permitiu identificar associação entre a tentativa de suicídio por intoxicação e o registro de violência doméstica. Segundo dados da WHO (2013a), é muito mais provável que as mulheres em situação de violência infligida por seus parceiros

tenham pensado em suicidar-se ou pelo menos já tenham tentado alguma vez. Adeodato et al. (2005) e OMS (2012), apontaram que a violência doméstica esteve associada à percepção negativa da saúde mental da mulher, das quais 40% apresentavam depressão grave e 39% já pensaram em autoextermínio após o início das agressões.

Diante desse quadro, considerando que o suicídio pode estar relacionado à ocorrência de violência doméstica, o mesmo deveria ser creditado com o mesmo status do feminicídio, de forma a ampliar o olhar sobre o grave e permanente cenário de violência e opressão que sofrem as mulheres, resultando em milhares de óbitos evitáveis que ocorrem anualmente no Brasil. Ainda mais importante, deve ser a abordagem sobre a tentativa de suicídio entre mulheres, devendo qualquer evento desse tipo receber atenção especial e cuidadosa dos serviços de saúde e da rede socioassistencial, já que pode ser sentinela de situação de violência doméstica e preditora de uma morte evitável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo aponta a importância da análise integrada e sistemática dos sistemas de informação em saúde, especificamente SIM e SINAN, uma vez que foi possível constatar a existência de relação entre casos de violência doméstica, intoxicação exógena por tentativa de suicídio e óbitos por causas externas ou mal definidas.

Os óbitos por agressão e as tentativas de suicídio evidenciaram as consequências mais extremas da exposição a situações de violência doméstica, podendo ser considerados sentinelas da violência contra a mulher.

A grande maioria dos estudos sobre mortalidade por causas externas concentra seu olhar no impacto da violência nos óbitos de homens jovens. Os dados dessa pesquisa evidenciam a importância do investimento em estudos que abordem de maneira detalhada as mortes violentas e as tentativas de suicídio entre mulheres, de modo a evidenciar ou prever o feminicídio, contribuindo, assim, para o enfrentamento da violência contra a mulher. Adicionalmente, incorporar a dimensão de gênero nas análises, bem como, considerar que outras categorias se sobrepõem a gênero, determinando diferentes fragilidades e vulnerabilidades das mulheres, como as mulheres negras, é imprescindível para contribuir que a violência não seja compreendida apenas em seu aspecto quantitativo.

Como fragilidade do estudo, destacamos que as taxas de feminicídio podem estar superestimadas, pois consideramos todos os óbitos de mulheres por agressão identificados no período da pesquisa (2010 – 2015). Assim, não é possível depreender o tipo de relação entre a vítima e o agressor ou a motivação do óbito a partir dos registros. Se bem que, conhecer o tipo de relação entre o agressor e a vítima não seria necessariamente determinante do feminicídio, já que são possíveis diferentes homicídios de mulheres baseados em gênero, nesse caso, mesmo quando o autor é mulher, se o óbito foi consequência da desigualdade de gênero, que também organiza e hierarquiza relações entre pessoas do mesmo sexo, o resultado final seria feminicídio.

AGRADECIMENTOS

À FAPEMIG (Processo nº CDS - APQ-03625-12), ao CNPq (Processo nº 404877/2012-5), ao Ministério da Saúde e Ministério da Educação (Projeto PET-Saúde/VS - Edital no 7/2010 e Edital no 28/2012) e ao Ministério da Educação (ProExt/MEC-SESu – Editais 2014-2015) pelo apoio financeiro à pesquisa e concessão de bolsas de estudos.

REFERÊNCIAS

ADEODATO, Vanessa Gurgel; CARVALHO, Racquel dos Reis; SIQUEIRA, Verônica Riquet de et al. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.1, p.108-113, 2005.

ALVES, Mercia Maria Rodrigues; ALVES, Sandra Valongueiro; ANTUNES, Maria Bernadete de Cerqueira et al. Causas externas e mortalidade materna: proposta de classificação. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n.2, p.283-291, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000200283&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 set. 2019.

BARUFALDI, Laura Augusta; SOUTO, Rayone Moreira Costa Veloso; CORREIA, Renata Sakai de Barros et al. Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.22, n.9, p.2930-2938, 2017.

BORDONI, Leonardo Santos; RIBEIRO, Daniel Alves Branco; BORDONI, Polyanna Helena Coelho. Causa indeterminada de morte: possíveis determinantes e implicações para a Medicina Legal da Ausência do Serviço de Verificação de Óbitos. **BJFS**. v.6, n.4, p.500-521, 2017. Disponível em: <<http://www.ipebj.com.br/forensicjournal/edicoes?volume=6&numero=4&artigo=282>>. Acesso em: 09 abr. 2020.

BRASIL. Escritório Regional para a 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**. Brasília, 2014.

BRASIL. Lei nº 13.104, de 9 março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 10 mar. 2015b. Seção 1, p.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 jul. 2013a. Seção 1, p.48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 fev. 2020. Seção 1, p.97.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 462 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 424 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Instruções para preenchimento da Ficha de Investigação de Intoxicação Exógena Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 42p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. **Boletim Epidemiológico**, v.48, n.30, 2017. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011a. 170p.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013b. 114p.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011b. 46p.

BRASIL. Senado Federal. Lei nº 6.216, de 30 de junho de 1975. Altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, que dispõe sobre os registros públicos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 jul. 1975. Seção 1, p.7.897.

CAMPBELL, Jacquelyn; GLASS, Nancy; SHARPS Phyllis et al. Intimate partner homicide: review and implications of research and policy. **Trauma Violence Abuse**, v.8, n.3, p.246-269, 2007.

CAVALCANTE, Fátima Gonçalves; MINAYO, Maria Cecília de Souza; MENEGHEL, Stela Nazareth et al. Psychological and psychosocial autopsy on suicide among the elderly: a methodological approach. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.17, n.8, p.2039-2052, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 abr. 2020.

CHOR, Dóra; LIMA, Claudia Rizzo de Araujo. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.5, p.1586-1594, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500033&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 abr. 2020.

COLLINS, Patricia Hill. Mammies, matriarcas e outras imagens de controle. In: _____. **Pensamento feminista negro**, 1. ed. São Paulo: Boitempo, p.135-177. 2019.

COSTA, Renata; MADEIRA, Maria; SILVERA, Clara. Relações de gênero e poder: tecendo caminhos para a desconstrução da subordinação feminina. In: **XVII Encontro Nacional da Rede Feminista e Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero**, v.17, p. 222-240. 2012. Disponível em: <<http://www.ufpb.br/evento/index.php/17redor/17redor/paper/view/56/196>> Acesso em 24 abr. 2020.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **REF**, v.7, n.12, p.171-188, 2002.

CUNHA, Carolina Cândida da; TEIXEIRA, Renato; FRANCA, Elisabeth. Avaliação da investigação de óbitos por causas mal definidas no Brasil em 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.26, n.1, p.19-30, 2017. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742017000100019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 set. 2019.

DATASUS. **Informações de Saúde**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acessos em: 02 ago. 2019.

DUFORT, Mariana; STENBACKA, Marlene; GUMPERT, Clara Helen. Physical domestic violence exposure is highly associated with suicidal attempts in both women and men. Results from the national public health survey in Sweden. **Eur. J. Public Health**. v.25, n.3, p.413-418, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4440449/pdf/cku198.pdf>>. Acesso em: 4 jun. 2019

FELIX, Janaina Daumas; ZANDONADE, Eliana; AMORIM, Maria Helena Costa et al. Avaliação da completude das variáveis epidemiológicas do Sistema de Informação sobre Mortalidade em mulheres com óbitos por câncer de mama na Região Sudeste: Brasil (1998 a 2007). **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.17, n.4, p.945-953, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2020.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). **Anuário brasileiro de segurança pública: 2019**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019. Disponível em: <<http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/09/Anuario-2019-FINAL-v3.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2019

HAWTON Keith, van HEERINGER Kees. Suicide. **The Lancet**, v.373, n.9672, p.1372-1381, 2009.

HAWTON Keith. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. **Br. J. Psychiatry**, v.6, n.177, p.484-485, 2000. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/7A8658C59F67A3B99B54A5CE97A3EFBF/S0007125000155977a.pdf/sex_and_suicide.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2020

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades@**. Disponível em: <www.ibge.gov.br/cidades/perfil-minas-gerais/vicosa>. Acesso em: 24 set. 2019.

KRUG, Etienne; DAHLBERG, Linda; MERCY, James et al. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: WHO; 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2019.

LEE, Jinhee; BANG, Yeon Sik; MIN, Seongho et al. Characteristics of adolescents who visit the emergency department following suicide attempts: comparison study between adolescents and adults. **BMC Psychiatry**, v.19, n.231, 2019. Disponível em: <<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12888-019-2213-5>>. Acesso em: 09 abr. 2020.

LEITES, Gabriela Tomedi; MENEGHEL, Stela Nazareth; HIRAKATA, Vania Noemi. Homicídios femininos no Rio Grande do Sul, Brasil Female homicide in Rio Grande do Sul, Brazil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.17, n.3, p.642-653, 2014.

LOPES, Aloísio Sabino; PASSOS, Valéria Maria de Azeredo; SOUZA, Maria de Fatima Marinho 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. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.27, n.4, e2018058, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000400312&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 abr. 2020.

MACENTE, Luciene Bolzam; ZANDONADE, Eliana. Avaliação da completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio na região Sudeste, Brasil, no período de 1996 a 2007. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.59, n.3, p.173-181, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2020.

MAIA, Sheila Silva; SOUZA, Verine Silva; SOUZA, Emanuela Dias et al. Anos potenciais de vida perdidos por intoxicação exógena no Brasil no período de 2007 a 2017. **Rev. Enferm. Contemp.**, v.8, n.2, p.135-142, 2019.

MALTA, Deborah Carvalho; ANDRADE, Silvânia Suely; OLIVEIRA, Taís Porto et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.22, e190030, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000100428&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2019.

MELO, Cristiane Magalhães de; BEVILACQUA, Paula Dias; BARLETTO, Marisa. Produção da informação sobre mortalidade por causas externas: sentidos e significados no preenchimento da declaração de óbito. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.18, n.5, p.1225-1234, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 abr. 2020.

MENEGHEL, Stela Nazareth; HIRAKATA, Vania Naomi. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.45, n.3, p.564-574, 2011.

MENEGHEL, Stela Nazareth; PORTELLA, Ana Paula. Femicídios: conceitos, tipos e cenários. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.22, n.9, p.3077-3086, 2017.

MESSIAS, Kelly Leite Maia; BISPO JÚNIOR, José Patrício; PEGADO, Maiara Freitas de Queiroz et al. Qualidade da informação dos óbitos por causas externas em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.21, n.4, p. 1255-1267, abr. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000401255&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.11, supl. p.1259-1267, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 abr. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Estudo compreensivo sobre suicídio de mulheres idosas de sete cidades brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.12, p.2405-2415, 2013.

MOLINATTI, Florencia; ACOSTA, Laura Débora. Tendencias de la mortalidad por agresiones en mujeres de países seleccionados de América Latina, 2001–2011. **Rev. Panam. Salud Publica**, v.37, n.4/5, p.279–86, 2015.

MOURA, Eryl Catarina; GOMES, Romeu; FALCÃO, Marcia Thereza Couto et al. Desigualdades de gênero na mortalidade por causas externas no Brasil, 2010. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.20, n.3, p.779-788, 2015.

NAKAJIMA, Noah R.; OLIVEIRA, Carla Jaciara; MARQUES, Adriano et al. Análise epidemiológica das intoxicações exógenas no Triângulo Mineiro. **BJHBS**, v.18, n 2, p.151-158, 2019. Disponível em: <<http://revista.hupe.uerj.br/?handler=artigo&id=705>>. Acesso em: 09 abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde. 10ª revisão CID 10.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Natureza, magnitude e consequências da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo. *In: _____* **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência.** Genebra: Organização Mundial da Saúde, p.11-17. 2012

PINTO, Liana Wernersbach; ASSIS, Simone Gonçalves; PIRES, Thiago de Oliveira. Mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros no período de 1996 a 2007. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.17, n.8, p.1963-1972, 2012.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.** 2015. Disponível em: <<https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/>>. Acesso em: 19 abr. 2020.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). **Indicadores básicos de saúde no Brasil:** conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002.

RIBEIRO, Nilva Maria; CASTRO, Sybelle de Souza; SCATENA, Lúcia Marina et al. Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. **Texto Contexto Enferm**, v.27, n.2, p.e2110016, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e2110016.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2020.

SAFFIOTI, Heleieth. Já se mete uma colher em briga de marido e mulher. **São Paulo Perspec.**, v.13, n.4, p.82-91, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88391999000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 abr. de 2020.

SANTIAGO, Rosilene AS; COELHO, Maria Thereza AD. A violência contra a mulher numa perspectiva histórica e cultural. *In: Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades*, 2011, Salvador. **Anais...** Salvador: UNEB, 2011. Disponível em: <<http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/5234>>. Acesso em: 01 mar. 2019.

SANTO, Augusto Hasiak. Causa de mortes e óbitos sem assistência. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.54, n.1, p.23-28, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 set. 2019.

SOUZA, Edinilsa Ramos. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p.59-70, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 abr. 2020.

SOUZA, Tiago Oliveira de; SOUZA, Edinilsa Ramos; PINTO, Liana Wernersbach. Análise da qualidade da informação sobre mortalidade por homicídio a partir dos óbitos com intenção indeterminada. Bahia, Brasil, 2002-2013. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.22, e190005 2019.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000100405&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 abr. 2020.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Costa Dias Macedo; LIMA, Lúcia Abelha. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.1, p.175-187, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2020.

VIEIRA, Leticia Pereira; SANTANA, Vivian Tallita Pinheiro de; SUCHARA, Eliane Aparecida. Caracterização de tentativas de suicídios por substâncias exógenas. **Cad. Saúde Colet.**, v.23, n.2, p.118-123, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000200118&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 abr. 2020.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil**. 1 ed. Brasília: FLACSO, 2015. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2020

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Disease and injury regional estimates: cause specific mortality: regional estimates for 2000-2011**. Geneva: WHO, 2013a. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional_2000_2011/en/>. Acesso em: 01 ago. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Geneva: WHO, 2013b. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=8BC551C7ACE7D6E68B2963C1E7D28F76?sequence=1>. Acesso em: 21 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Suicide in the world**: Global Health Estimates. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <<http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato681222.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World health statistics 2018**: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO, 2018 Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>> Acesso em: 1 set. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Injuries and violence**: the facts 2014. Geneva: WHO; 2014. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/handle/10665/149798>>. Acesso em: 27 abr. 2020.