

Ø

Violência contra a mulher: um estudo do homicídio e do suicídio no Município de São Paulo, 1980 – 2004

Mírian Regina Bonomi

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena Prado de Mello Jorge



São Paulo
2007

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

49068/2007 disc

A meus pais, Albino e Regina, e a meu irmão Renê.

E a todos aqueles que ainda sofrem por causa da violência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, pela força ao longo deste caminho. E por todas as conquistas até aqui.

A minha família, pela confiança, apoio, amor e carinho, sempre!

A todos os professores da Faculdade de Saúde Pública que colaboraram para a minha formação.

Aos professores Maria Sumie Koizumi, Ana Cristina D'Andretta Tanaka, Lucila Amaral Carneiro Vianna e Ruy Laurenti pelas discussões e valiosíssimas contribuições nesta dissertação.

Mais do que especialmente, expresso minha imensa gratidão e admiração por minha orientadora, Professora Dra. Maria Helena Prado de Mello Jorge, pois, com sua força e coragem, ofereceu-me mais que lições científicas: ensinou-me lições de vida. Além de todo o apoio intelectual e material, foi “mãe” e amiga, ouvindo-me e me guiando sabiamente neste caminho.

Aos caros Elisabete Ribeiro, Pedro dos Santos, Vanessa Tuono, Bruno Zoca, Neuber Segri e Shamyry Sulyvan por toda a ajuda e os muitos “galhos quebrados”.

Aos bibliotecários José Estorniolo e Maria Lúcia Ferraz pela grande ajuda nas pesquisas e referências.

Aos meus amigos pelo carinho, incentivo e por “estarem lá”, ao longo deste percurso: Lílian Pino, Paula Prates, Renata Pícoli, Cláudia Daher, Cau Urano, Cleide Lopes, Fabi Junqueira, Fabiana Gavioli, Ivana Amaral e Marcelo Kruger. À Karen, Carla e Andressa, pelas dicas e companhia.

A toda a “família morfoanalítica”, em especial à Lúcia Gurgel, por estarem por perto, evocarem tantas coisas e me ajudarem a enxergar o que vai dentro de mim.

À equipe PBF, pelo apoio e compreensão.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo apoio financeiro.

A todos aqueles que, de uma forma ou de outra, contribuíram para minha formação e para a realização deste estudo; aos funcionários da Faculdade de Saúde Pública e aos amigos conquistados ao longo deste curso.

“... my heart is full of no blood,
My cup is full of no love,
Couldn't take another sip even if I wanted.

But it's not too late,
Not too late for love...

... I've seen people try to change,
And I know it isn't easy,
But nothing worth the time ever is.

And it's not too late,
It's not too late for love...”

(Norah Jones, Lee Alexander – Not too late)

Resumo

A violência é vista como uma questão de saúde pública, dado que suas conseqüências podem afetar o bem-estar físico e psíquico das populações. As violências, dentro da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), estão enquadradas no capítulo XX, das causas externas de morbimortalidade – as violências auto-infligidas (como os suicídios) agrupadas como “lesões auto-provocadas voluntariamente” e as violências hetero-infligidas (como os homicídios) classificadas como “agressões”. A violência costuma atingir mais os homens que as mulheres, mas estas sofrem, também, com a violência de gênero. O crescimento observado nas taxas de violência contra a mulher é preocupante, podendo vir a assumir as mesmas características da violência encontrada na população masculina. Estudaram-se as mortes violentas de mulheres da faixa de idade fértil, pois questões pertinentes a esse período podem tornar-se variáveis de influência para a perpetração da violência auto e hetero-consumada. **Objetivo:** observar como se configura, no tempo, a mortalidade de mulheres em idade fértil em decorrência de homicídios e suicídios, para que se conheçam seus padrões, a fim de fornecer subsídios para planejar políticas públicas que atentem para a sua prevenção. **Método:** os dados sobre os óbitos foram obtidos pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS), por meio do banco de dados do Datasus, disponibilizados em CD e na Internet. Foram observadas as variáveis: idade (10 a 49 anos), estado civil, tipo de suicídio ou homicídio e presença de gravidez ou estado puerperal. Foram utilizados como medidas os números absolutos, as proporções e os coeficientes. Foram estudados os dados do Município de São Paulo para os anos de 1980, 1985, 1990, 1995, 2000 e 2004. **Resultados:** os coeficientes de suicídio diminuíram 55% (de 3,6 para 1,6 óbitos por 100.000 mulheres em idade fértil). Os homicídios tiveram aumento até 2000, declinando em 2004, mas encerrando com um acréscimo de 50% em seus coeficientes. As mulheres que apresentaram maior risco de suicídio foram as de 40 a 49 anos, acompanhadas pelas mulheres de 20 a 29 anos; estas últimas apresentaram maior risco de homicídio, mas foi nas primeiras que ocorreu o maior incremento no coeficiente. Houve predomínio das mulheres solteiras, seguidas das casadas, em ambos os tipos de violência. De 1980 a 2000, os suicídios foram consumados por meio de enforcamento/sufocação e, em 2004, por precipitação de lugar elevado; armas de fogo também foram relevantes. Já os homicídios foram cometidos preponderantemente pelas armas de fogo. Os dados de mortalidade por causas violentas no ciclo gravídico-puerperal foram prejudicados pela precária qualidade da informação. **Conclusão:** houve diminuição dos suicídios e aumento dos homicídios, em aproximadamente 50%, de 1980 a 2004; há que se continuar investindo na melhoria da qualidade da informação sobre mortalidade, especialmente quanto ao maior detalhamento da causa da morte e quanto ao preenchimento das variáveis 43 e 44 da Declaração de Óbito (morte ocorrida na gravidez ou puerpério). Urge que se apóie a continuidade de estudos epidemiológicos de caracterização da violência, para que possam gerar políticas públicas de assistência e prevenção.

Palavras-chave: mortalidade, mulher, violência, homicídio/suicídio.

Abstract

Violence is considered a matter of public health since its consequences may affect people's physical and psychological well being. In the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD 10), violence is treated in chapter XX of external causes of morbidity and mortality – self inflicted violence (like suicides) is known as “intentional self-harm”, and violence inflicted by a third party (as homicides) is called “assault”. Violence usually victimizes more men than women, but the latter also suffer from gender abuse. The growth observed in the rates of violence against women is distressing, and it may end up assuming the same characteristics of the violence that is seen among men. Violent deaths of women in reproductive age were studied considering that issues of this period of life may become variables of influence to the perpetration of self or third party violence. **Objective:** to observe the mortality of women in reproductive age from suicides and homicides over two decades, making it possible to know its patterns in order to promote public policies of prevention. **Method:** the data on the deaths were obtained through the System of Information on Mortality of the Brazilian Ministry of Health (SIM/MS) by means of the Datasus database, available in CD and in the Internet. The observed variables were: age (10-49 years), marital status, means of suicide or homicide and existing pregnancy or postpartum period, for the city of São Paulo in 1980, 1985, 1990, 1995, 2000 and 2004. Absolute numbers, proportions and rates have been used as measures. **Results:** the rates of suicide went down 55% (from 3.6 to 1.6 deaths per 100,000 women in reproductive age). Homicides increased until 2000, then declined in 2004, but ended the period with a 50% raise in its rates. Women showing greater risk of suicide were 40-49 years, followed by the 20-29 years ones. The latter presented greater risk of homicide, but the former had the greatest raise in its rate. The deaths of single women led both types of violence, followed by the married ones. From 1980 to 2000, suicides were consummated by means of hanging/suffocation, and in 2004 by jumping from a high place; firearms were also relevant. However, homicides were committed mainly by firearms. The data on suicides and homicides during gestational and postpartum periods were impaired by the poor quality of information. **Conclusion:** suicide rates have diminished and homicides boomed approximately 50% from 1980 to 2004. There is a continuing need of investments on the improvement of the quality of information on mortality, especially concerning further details on the cause of death and the variables 43 and 44 on the death certificate (death during pregnancy or postpartum). It is imperative to support epidemiological studies of characterization of violence to promote public policies of assistance and prevention.

Keywords: mortality, women, violence, homicide/suicide.

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVO	24
3 MATERIAL E MÉTODO	25
3.1 MATERIAL	25
3.2 MÉTODO	26
3.2.1 Abrangência	26
3.2.2 Período	26
3.2.3 Variáveis	26
3.2.4 Medidas	29
3.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	29
3.4 QUESTÕES ÉTICAS	30
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
4.1 ASPECTOS GERAIS	31
4.2 AS MORTES AUTO-PROVOCADAS VOLUNTARIAMENTE	37
4.2.1 Os Suicídios no Tempo	37
4.2.2 Algumas Características da Vítima	44
4.2.3 Os Meios Utilizados para a sua Consumação	56
4.3 A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER MEDIDA PELOS HOMICÍDIOS	63
4.3.1 Os Homicídios no Tempo	63
4.3.2 Algumas Características da Vítima	67
4.3.3 Tipos	76
4.4 VIOLÊNCIA E CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL	83
4.4.1 Suicídios e Homicídios na Gravidez e Puerpério	84
4.5 OUTRAS CONSIDERAÇÕES SOBRE SUICÍDIOS E HOMICÍDIOS	89
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES	92
6 REFERÊNCIAS	95

Lista de Figuras

- Figura 1 – Coeficientes de mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos por suicídio, Município de São Paulo, 1980/2004 39
- Figura 2 – Coeficientes de mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos por suicídio, segundo faixa etária, Município de São Paulo 1980/2004 50
- Figura 3 – Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos por suicídio, segundo meio escolhido para a sua consumação, Município de São Paulo, 1980/2004 62
- Figura 4 – Coeficientes de mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos por homicídio, Município de São Paulo, 1980/2004 65
- Figura 5 – Coeficientes de mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos por homicídio, segundo faixa etária, Município de São Paulo 1980/2004 72
- Figura 6 – Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos por homicídio, segundo meio escolhido, Município de São Paulo, 1980/2004 81

Lista de Tabelas

Tabela 1 –	Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos por todas as causas e por causas externas (número, proporção e coeficientes), Município de São Paulo, 1980/2004	32
Tabela 2 –	Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos segundo tipo de causas externas, Município de São Paulo, 1980/2004 (número e proporção)	35
Tabela 3 –	Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos por suicídio, Município de São Paulo, 1980/2004 (número, proporção e coeficientes)	38
Tabela 4 –	Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos por suicídio, segundo faixa etária, Município de São Paulo, 1980/2004 (número e proporção)	45
Tabela 5 –	Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos por suicídio, segundo faixa etária, Município de São Paulo, 1980/2004 (número e coeficientes)	48
Tabela 6 –	Óbitos de mulheres de 15 a 49 anos por suicídio, segundo estado civil, Município de São Paulo, 1980/2004 (número e proporção)	51
Tabela 7 –	Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, por suicídio, segundo meio utilizado para sua consumação, Município de São Paulo, 1980/2004 (número e proporção)	58

Tabela 8 –	Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, por homicídio, Município de São Paulo, 1980/2004 (número, proporção e coeficientes)	64
Tabela 9 –	Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos por homicídio, segundo faixa etária, Município de São Paulo, 1980/2004 (número e proporção)	68
Tabela 10 –	Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos por homicídio, segundo faixa etária, Município de São Paulo, 1980/2004 (número e coeficientes)	71
Tabela 11 –	Óbitos de mulheres de 15 a 49 anos por homicídio, segundo estado civil, Município de São Paulo, 1980/2004 (número e proporção)	74
Tabela 12 –	Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, por homicídio, segundo tipo, Município de São Paulo, 1980/2004 (número e proporção)	77
Tabela 13 –	Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, por suicídio, segundo presença de gravidez, Município de São Paulo, 2000/2004 (número e proporção)	85
Tabela 14 –	Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, por homicídio, segundo presença de gravidez, Município de São Paulo, 2000/2004 (número e proporção)	87

1 INTRODUÇÃO

Teorizar sobre o tema da violência e seus componentes configura-se uma tarefa difícil, refletindo a complexidade real e prática desse objeto de estudo, que pode estar inserido, interdisciplinarmente, nas áreas de sociologia, psicologia, direito, educação, segurança pública, economia, saúde, entre outras.

Apenas mais recentemente, o campo da saúde passou a enxergar a violência como parte de suas preocupações em termos de estudos e prevenção, ao perceber que poderia contribuir muito mais do que somente no tratamento de suas conseqüências, onerosas também para ele. Torna-se interessante para o setor saúde lutar contra os efeitos da violência, especialmente por ser para onde esses efeitos convergem. A violência passa, então, a ser vista como uma questão de saúde pública, dado que suas conseqüências podem afetar o bem-estar físico e psíquico das populações. Neste sentido, trata-se também de uma violação dos direitos humanos. Estas idéias são reforçadas pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 1994):

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países (...). O setor Saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social (p. 5).

Segundo KRUG et al. (2002), a Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como: *“o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico,*

deficiência de desenvolvimento ou privação” (p. 5). Esta conceituação ajuda a eliminar vieses culturais no entendimento da violência e a identificar situações em que há essa ocorrência mesmo quando elas não são vistas deste modo dentro de diferentes sociedades.

Emprega-se a violência, geralmente, em situações em que há conflitos de autoridade, lutas pelo poder e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens (MINAYO, 2005). A autora cita Arendt, que acredita ser a violência um meio de se conquistar o poder, sem, entretanto, confundi-la com o poder, pois só há violência frente à incapacidade de argumentação e convencimento de quem o detém. Pode-se dizer que a violência representa uma forma de comunicação, ao mesmo tempo em que evidencia uma dificuldade e quebra de comunicação e entendimento entre os indivíduos ou grupos.

TAVARES (2004), citando outros autores, afirma que *“a cultura da violência é um ciclo que se reproduz e tende a se perpetuar, se não existir uma interferência capaz de o interromper. Nessa perspectiva, a violência é abordada como uma relação humana”* (p. 206). Esta idéia merece atenção dado que alguns estudos, compilados por Roy, citado por SINCLAIR (1985), encontraram porcentagens de até 81% de homens que agrediram suas mulheres como sendo provenientes de lares violentos, o que mostra, como aponta BANDURA (1973), em sua teoria da aprendizagem social, que a violência pode ser aprendida e passada de uma geração para a outra, constituindo um infundável ciclo de violência (GOMIDE, 2000). Tal teoria postula que os valores e as condutas anti-sociais dos adultos vão servir como normas a serem seguidas, as quais poderão ser imitadas pelas crianças que os

observam, especialmente quando o observador se identifica com o agressor, o que acontece entre pais e filhos (GOMIDE, 2000).

Aos aspectos anteriormente citados, acrescentam-se ainda como incrementadores da violência, especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil, as questões de cunho social. Nesse sentido, contribuem as desigualdades observadas em diversos níveis da sociedade e a falta de oportunidades e, conseqüentemente, de perspectivas para a população de classes sociais menos favorecidas, seja por aumentar o recurso à criminalidade, como forma de ascensão e compensação social, seja por elevar a quantidade de estressores na vida desses indivíduos.

MINAYO (2005) reflete sobre o conjunto de aspectos potenciais para o desencadeamento de situações violentas:

[o biólogo] Laborit desenvolveu a idéia de que nos sistemas hipercomplexos não se encontram causas de uma ação, pois a causalidade já não pode ser concebida de modo linear (causa-efeito) de acordo com a interpretação do determinismo do final do século XIX. Hoje deve ser considerada a íntima relação entre o que é inato e o que é aprendido socialmente. (...) [os exemplos] chamam a atenção para o Embricamento entre os aspectos biológicos e sociais na construção de tipos de personalidade e subjetividades, inclusive as que se consideram violentas. Porém, o lócus de expressão dessas subjetividades é o contexto histórico-social, em que as particularidades biológicas encontram as idiosincrasias de cada um e se redefinem nas condições emocionais e socioculturais. (...) torna-se fundamental aprofundar a importância e o papel da subjetividade e das determinações sociais nas escolhas de possibilidades, por menores que sejam as opções dos indivíduos (p. 20; 23).

O relatório da OMS aponta que *“a violência é o resultado da complexa interação de fatores individuais, de relacionamento, sociais, culturais e ambientais”* (p.12) e adota o modelo ecológico para explicá-la como o produto de diversos níveis de influência sobre o comportamento (KRUG et al, 2002).

O *Individual* diz respeito aos fatores históricos do indivíduo, sendo estes biológicos e pessoais, que podem aumentar suas chances de praticar ou sofrer violência. O *Relacional* analisa a influência de pessoas próximas – amigos, parceiros íntimos e família – em aumentar a probabilidade de interações violentas. O *Comunitário* observa como os contextos comunitários – escolas, locais de trabalho, vizinhança – em que se dão as relações interpessoais estão associados com a ocorrência da violência. Foram relacionadas com uma maior probabilidade de violência: alta mobilidade residencial, comunidades com problemas de tráfico de drogas, de altos níveis de desemprego e de grande isolamento social (ex: pessoas que não têm envolvimento com os vizinhos ou com a comunidade) etc. Por fim, o *Social* avalia os fatores sociais mais amplos que podem influenciar os índices de violência. “*Aqui se incluem os fatores que criam um clima favorável à violência, os que reduzem as inibições contra violência e aqueles que criam e sustentam lacunas entre os diferentes segmentos da sociedade – ou tensões entre diferentes grupos ou países*” (p. 13). São eles: normas culturais que aceitam a violência como meio de resolução de conflitos; encarar o suicídio não como uma violência evitável, mas como escolha individual; normas que priorizam os direitos paternos sobre o bem-estar da criança e, também, que afirmam a superioridade masculina sobre as mulheres; aceitação do uso abusivo da força pela polícia; normas que apóiam os conflitos políticos. Pode-se incluir também nesses fatores as políticas de saúde, educação, econômicas e sociais que mantêm níveis altos de desigualdade econômica e social dentro da sociedade (KRUG et al, 2002).

Quanto aos tipos de violência, aqui tratada de forma estrita, pode-se tentar separá-la em dois grandes grupos: a violência auto-infligida e a violência hetero-

infligida. A primeira diz respeito à violência que um indivíduo comete contra si mesmo, como o auto-abuso, a automutilação, os pensamentos e tentativas suicidas e o suicídio propriamente dito. O segundo tipo é o da violência que uma pessoa ou grupo de pessoas comete contra outra pessoa ou grupo e inclui atos como agressão física, agressão psicológica ou emocional (verbal ou não verbal), abuso sexual, negligência ou privação, omissão e, em casos mais extremos, homicídio. Este grupo pode ainda ser subdividido em violência interpessoal e violência coletiva. Na primeira, encontram-se tanto os casos de violência familiar (ocorrendo dentro ou fora de casa), quanto a violência comunitária, mais comumente cometida por estranhos (geralmente fora de casa). Já a violência coletiva é aquela infligida por grandes grupos de pessoas ou pelos Estados, podendo ser por motivos sociais, políticos ou econômicos.

Em sua Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª revisão (CID 10), a Organização Mundial de Saúde – OMS (1995), enquadra as violências no capítulo XX, que relaciona as causas externas de morbimortalidade, ou seja, todas aquelas causas não naturais. Neste capítulo, as violências auto-infligidas estão reunidas sob o título “lesões auto-provocadas voluntariamente”, que correspondem aos códigos X60 – X84. Já as violências hetero-infligidas estão no grupo das “agressões” e são representadas pelos códigos X85 – Y09. Além destas, as outras causas externas inseridas no capítulo são os acidentes de trânsito e os demais acidentes (como as quedas e afogamentos acidentais). É claro que, apesar dessa classificação, existe uma grande quantidade de ações que se enquadram no conceito de violência, mas que não são mensuráveis,

além daquelas que poderiam ser medidas, mas não chegam, sequer, ao conhecimento das autoridades, escapando, assim, às estatísticas.

Dentre as conseqüências mais diretas dessas violências podem-se notar ocorrências físicas como hematomas, cortes e ferimentos (externos e internos), queimaduras, fraturas, perda de dentes, dores, além de doenças psicossomáticas e outros danos físicos que podem ser irreparáveis (Council on Scientific Affairs, 1992; Latin American Coalition to End Violence [LACEV], 2007; SAFFIOTI e ALMEIDA, 1995). Além disso, há, segundo vários autores, conseqüências psicológicas e comportamentais como baixa auto-estima, ansiedade, depressão, insegurança, hipervigilância, estresse, isolamento e dependência, sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático, que resultam ainda na falta de sono ou apetite e no uso de drogas ou bebidas (Council on Scientific Affairs, 1992; LACEV, 2007; MEICHENBAUM, 1994; WILLIAMS, 2001a). Estes últimos são recursos utilizados pelas pessoas que passam por grande nível de ansiedade e estresse, em busca de uma fuga da realidade, tentativa de relaxamento ou mesmo como comportamentos auto-destrutivos (Council on Scientific Affairs, 1992).

Todas essas são consideradas, a princípio, conseqüências não fatais da violência. Em casos extremos, porém, todos os tipos de violência podem levar à morte, seja por homicídio ou por suicídio, contribuindo para o aumento das taxas de mortalidade por causas violentas, consideradas evitáveis. Mas, ainda que não levem à morte, as violências não fatais incrementarão as taxas de morbidade da população.

O impacto da violência para o setor saúde e para a economia do país é notável. Acrescidos aos gastos com as conseqüências já citadas, estudos citados por KRUG et al. (2002) mostram que as vítimas da violência apresentam piores

condições de saúde que pessoas não vítimas e têm maior probabilidade de utilizar, ao longo da vida, os serviços de saúde, seja com consultas médicas, cirurgias, internações ou outros recursos. Há ainda as perdas com o absenteísmo e a diminuição da produtividade no trabalho.

MELLO JORGE e KOIZUMI (2004), em estudo relativo às internações por lesões decorrentes de acidentes e violências em hospitais próprios ou conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS – no Brasil, mostraram que, comparativamente aos pacientes internados por causas naturais, os que apresentam lesões são mais onerosos. Verifica-se que, embora seu tempo de permanência no hospital seja menor, os gastos governamentais são maiores, seja a mensuração feita pelo gasto-médio ou pelo custo-dia.

A violência em geral e, especialmente, os homicídios e os suicídios, atinge, de maneira geral, muito mais os homens, o que mostra que, historicamente, estes, mais que as mulheres, costumam envolver-se nessas situações. SOUZA et al. (2003) fazem uma análise da mortalidade por causas externas no Brasil nas décadas de 80 e 90 e afirmam que, no ano de 1998, enquanto a taxa de vitimização masculina por homicídio foi de 44,8/100.000, ficando em primeiro lugar dentre as causas externas para este sexo, a das mulheres foi de 3,9/100.000 (apresentando-se na segunda posição dentre as causas externas), em uma razão de 12/1. Assim, seria possível afirmar que a violência que acomete as mulheres apresenta uma especificidade, pois costuma ser mais diretamente dirigida a elas, podendo constituir-se em violência de gênero.

Sabe-se que a violência de gênero contra a mulher é uma realidade no Brasil e no mundo e que ela atinge mulheres de todas as camadas sociais, níveis de

escolaridade e das diferentes etnias, manifestando-se na forma de atentados à sua integridade física, sexual ou psicológica (ARAÚJO, 1996; SAFFIOTI e ALMEIDA, 1995).

Quanto às razões para que esta violência ocorra, conclui-se que se trata de um assunto complexo e não facilmente explicado. Primeiramente, cabe mencionar que as diferenças existentes entre homens e mulheres, em nossa sociedade, foram transformadas em diferenças de poder, cabendo ao homem o privilégio deste, tanto no ambiente social quanto no familiar (CHAUÍ, 1991; SAFFIOTI e ALMEIDA, 1995; SINCLAIR, 1985; SOARES, 1999; WATTS e ZIMMERMAN, 2002). A partir disso, vê-se a definição do papel masculino, em que o homem é visto como superior e responsável pela manutenção da estrutura hierárquica dentro da família e da sociedade, sendo permitido, para isso, usar de qualquer artifício, inclusive a força física e a intimidação como método de resolução de problemas, mesmo porque, a força e a dominância são consideradas sinais de masculinidade (COUTO e SCHRAIBER, 2003; FULLER, 2001; HEISE, 1998; SAFFIOTI e ALMEIDA, 1995; SINCLAIR, 1985; WATTS e ZIMMERMAN, 2002). Portanto, estar no controle torna-se crucial para a auto-estima do homem, sendo que de outra forma seria considerado um fracasso perante a sociedade (SAFFIOTI e ALMEIDA, 1995; SINCLAIR, 1985).

As próprias crenças sociais são tolerantes e mantenedoras da dominação masculina perante a mulher, fazendo com que o comportamento do agressor seja justificado e perdoado e a culpa pela agressão recaia sobre a mulher vítima (BASSO, 1999; FULLER, 2001; SAFFIOTI e ALMEIDA, 1995; SINCLAIR, 1985; SOARES, 1999; WATTS e ZIMMERMAN, 2002). Outros fatores também contribuem para o

comportamento do homem violento, por exemplo quando ele nega ou minimiza a existência do problema (resposta defensiva), quando ele externaliza a culpa, fatores como dependência, ciúmes, problemas com o controle dos impulsos (controle pobre ou rígido), baixa auto-estima (necessitando usar a violência para se sentir no controle ou poderoso e restabelecer seu amor próprio), ter ele próprio sofrido (ou presenciado) constantemente a violência quando criança, em seu ambiente familiar, aprendendo os padrões do comportamento violento, como já foi explicitado (BASSO, 1999; FULLER, 2001; HEISE, 1998; SAFFIOTI, 1997; SAFFIOTI e ALMEIDA, 1995; SINCLAIR, 1985; SOARES, 1999).

Na maioria das vezes, as mulheres que sofrem violência não chegam a procurar os serviços sociais de atendimento às vítimas, como as Delegacias de Defesa da Mulher, por medo, vergonha, insegurança, desconhecimento da existência desses recursos ou de seus direitos, fazendo permanecer este ciclo de violência para o resto de sua vida ou até deparar-se com o seu fim (BASSO, 1999; SINCLAIR, 1985; WILLIAMS, 2001a, 2001b). Este último pode ser uma solução encontrada, quando a vítima vê o suicídio como a única solução para os seus problemas, induzida, quando o suicídio lhe é indicado por terceiro como opção não discutível, ou imposta, quando o homicídio lhe é apresentado de forma irreparável pelas mãos do seu agressor (SINCLAIR, 1985; WILLIAMS, 2001a).

Mas, para além da característica de gênero, a violência praticada contra a mulher, considerando especialmente os homicídios e suicídios (e respectivas tentativas), pode ter outros aspectos. Como já referido, existem as violências praticadas por estranhos, os atos aleatórios de violência, a violência social, entre outras, que podem, também, resultar em morte ou ferimentos, independente de sua

condição de mulher. Da mesma forma, pode haver outros motivos pelos quais uma mulher é levada a tentar ou consumir um suicídio, como citado previamente.

Assim, apesar de apresentar uma magnitude menor que a violência que atinge a população masculina, o crescimento que se observa nas taxas de violência contra a mulher é preocupante, podendo vir a assumir as mesmas características da violência encontrada naquela população (BRASIL, 2004; RIBEIRO, 2005).

Desde a década de 80, tem-se observado, no Brasil, significativo aumento na mortalidade feminina por homicídio, tendo passado de dois para quatro óbitos por 100.000 mulheres quando se comparam os triênios de 1979-1981 e 1997-1999 (REIS et al., 2002). CAMARGO (2002) constatou que as taxas de homicídios de mulheres no Estado de São Paulo, apesar de serem inferiores às dos homens, são consideradas elevadas quando comparadas a vários outros países.

Com relação às taxas de mortalidade geral por homicídio, CAMARGO et al. (2000) afirmam que no início da década de 80, no Estado de São Paulo, estas eram inferiores às dos acidentes de transporte. Porém, a partir de 1990, os homicídios ultrapassaram os acidentes de transporte e apresentaram tendência crescente de aproximadamente 100% em vários Estados brasileiros. O Ministério da Saúde, em sua análise da situação de saúde no Brasil, encontrou dados que corroboram estes achados (BRASIL, 2004). Relativamente à mortalidade feminina por homicídios, o estudo de VILLELA (2005), sobre mortalidade por causas externas em Belo Horizonte e Região Metropolitana em uma série histórica de 1980 a 2000, encontrou que, no Município de Belo Horizonte, tal coeficiente apresentou o maior incremento percentual em todas as faixas etárias.

Em seu estudo sobre a mortalidade de mulheres por causas externas no primeiro semestre de 2002, RIBEIRO (2005), utilizando dados da Investigação sobre a Mortalidade de Mulheres em idade fértil nas capitais brasileiras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a), constatou que a Região Sudeste foi responsável por 63% dos óbitos femininos por homicídios, constituindo-se na região com a maior taxa de mortalidade por essa causa, com 8,3 óbitos por 100.000 mulheres. Dentro dessa região, a cidade de São Paulo conteve 78,9% desses homicídios. Os homicídios por arma de fogo apresentaram, para o Brasil, um valor de 73%, sendo que para a Região Sudeste este número sobe para 84% e, especificamente na cidade de São Paulo, foi de 84,5%.

Com relação ao suicídio, foram encontrados, no último estudo citado, 78 casos na Região Sudeste, correspondendo a quase 40% do total de óbitos por essa causa. O modo predominante em todas as regiões foi o suicídio por intoxicação (especialmente por pesticidas), com cerca de 32% dos casos, sendo que a maioria desses ocorreu nas regiões Sudeste e Nordeste, responsáveis por 90% dos suicídios por esse meio.

Vários estudos têm apontado para a alta incidência do suicídio na população jovem (RIBEIRO, 2005; RUNYAN e GERKEN, 1989; VILLELA, 2005). Apontam, também, para uma diferença entre os sexos, indicando predominância de tentativas entre as mulheres, porém mais suicídios consumados entre os homens. Nesse sentido, VILLELA (2005) cita estudos que observaram três tentativas femininas para cada suicídio masculino e de 25 a 30 tentativas femininas de suicídio para cada óbito consumado entre elas. A mesma autora cita que outros estudos encontraram até 10 tentativas de suicídio entre as mulheres para cada óbito masculino pela mesma causa. Da mesma forma, esta autora relata, ainda, que em Belo Horizonte, de modo geral,

houve um incremento percentual nos suicídios masculinos enquanto se observou um decréscimo no percentual feminino. Tal informação, entretanto, não permite avaliar os dados sobre as tentativas de suicídio e, conseqüentemente, não permite obter as informações sobre a diferença entre os sexos na morbidade por essa causa.

Quanto à morbidade, RUNYAN e GERKEN (1989) afirmam que, comparando-se as mortes com as internações, para cada óbito entre os adolescentes, nos EUA, por causas externas, ocorrem cerca de 41 hospitalizações e 1100 atendimentos emergenciais pelo mesmo motivo. Apontam ainda que as lesões que provocam incapacidades por pelo menos três meses, incluindo-se os casos de paralisias e amputações, atingem mais de 1,7 milhões de pessoas com idade inferior a 25 anos naquele país. Dentre os que sofrem lesões na região da cabeça, a maioria dos que sobrevivem apresentam seqüelas médicas e sociais a longo prazo.

Ao se levar isso em consideração, faz-se necessário observar como se configuram, no tempo, as taxas de mortalidade e morbidade de mulheres em decorrência de homicídios e suicídios, para que se conheçam os padrões dessas violências. De acordo com os resultados encontrados, será possível planejar políticas públicas que atentem para a prevenção e a intervenção, quando cabível, que devem ser realizadas perante tais ocorrências.

A delimitação da idade das mulheres estudadas entre 10 e 49 anos foi realizada por se constituir na faixa de idade fértil, compreendida da menarca à menopausa, em que questões pertinentes a esse período, como a possibilidade de uma gravidez, podem tornar-se variáveis de influência para a perpetração da violência auto ou hetero-consumada. A identificação da presença de gravidez no momento da morte (ou até um ano antes) tornou-se possível, a partir de 1996, por

causa da inserção das variáveis de número 43 e 44 na Declaração de Óbito – DO, que possibilitam saber se a mulher estava grávida no momento da morte ou esteve, nos doze meses que precederam o evento fatal. O interesse na investigação da violência ocorrida durante a gravidez vem da importância em saber se esta é respeitada como fase especial que é, na vida da mulher, do bebê e, também, da família ou, ainda, se pode caracterizar-se como elemento de risco para a incidência de tais atos, da mesma forma como acontece com certos comportamentos e estados puerperais característicos. Além disso, a incidência de violência contra a mulher durante o período fértil pode resultar em efeitos deletérios para sua saúde reprodutiva.

É importante frisar que a faixa de idade fértil aqui utilizada é assim considerada, e recomendada, no Brasil, por já se haver constatado casos de gravidez nas idades extremas (10-14 anos e 45-49 anos), sendo que, internacionalmente, vê-se, com mais frequência, o uso da faixa entre 15-44 anos ou 15-49 anos (FAÚNDES et al, 2000; LAURENTI, 1988; RIBEIRO, 2006; SIQUEIRA et al., 1984; SIQUEIRA e TANAKA, 1986).

Justifica-se, assim, este trabalho, que estuda a violência contra a mulher (auto e hetero-consumada) – em sua manifestação mais grave (a morte) – visando a estabelecer um primeiro panorama de suas ocorrências no Município de São Paulo, em série histórica de vinte e cinco anos, medida em faixas quinquenais.

2 OBJETIVO

Estudar, no tempo, a mortalidade de mulheres entre 10 e 49 anos de idade em decorrência de homicídio e suicídio, visando a conhecer as características das mulheres e dos eventos, a fim de fornecer subsídios para a sua prevenção.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 MATERIAL

Trata-se de um estudo descritivo, em série histórica, de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos). Obtiveram-se os dados dos óbitos do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde – SIM/MS, cujo documento básico é a Declaração de Óbito – DO, por meio do banco de dados do Datasus disponível em CD-ROM (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b) e na Internet (<http://www.datasus.gov.br>). Foi usado o conceito de causa básica da OMS, que prevê que: “*causa básica refere-se às circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal*” (capítulo XX da CID 10) (OMS, 1995).

3.2 MÉTODO

3.2.1 Abrangência

Foram estudados os dados do Município de São Paulo, considerando que este local possui informação adequada, tanto do ponto de vista quantitativo como qualitativo.

3.2.2 Período

Foram considerados os dados dos anos de 1980, 1985, 1990, 1995, 2000 e 2004, visando a observar o comportamento desses eventos, nesse grupo populacional, nos últimos vinte e cinco anos.

3.2.3 Variáveis

Trabalhou-se com as seguintes variáveis:

- Idade: 10 a 49 anos, subdivididos em 10-19 anos, 20-29 anos, 30-39 anos e 40-49 anos;
- Estado civil: solteiro, casado, viúvo, separado, outro, ignorado;
- Tipo de suicídio ou homicídio. Para os óbitos ocorridos em 1980, 1985, 1990 e 1995 coletou-se os dados com base na Classificação Internacional de Doenças – 9ª Revisão (CID 9) (OMS, 1978), em que, na Classificação Suplementar de Causas Externas (código E), os suicídios são referidos como “suicídios e lesões auto-infligidas” (códigos: E950 – E959) e os homicídios como “homicídios e lesões provocadas intencionalmente por outras pessoas” (códigos: E960 – E969). Para os óbitos de 2000 e 2004 utilizou-se a Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID 10) (OMS, 1995), vigente a partir de 1996, na qual os suicídios são representados pelo termo “lesões auto-provocadas voluntariamente” (códigos: X60 – X84) e os homicídios pelo termo “agressões” (códigos: X85 – Y09), inseridos no capítulo XX (OMS, 1995). Entretanto, para os tipos de óbitos encontrados de 1980 a 1995, classificados pela CID 9, fez-se a correspondência com as categorias utilizadas pela CID 10, por ser esta a classificação vigente. Dessa forma, os meios de consumação de suicídio conhecidos como: auto-intoxicação por substâncias sólidas ou líquidas, lesão auto-provocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação, lesão auto-provocada intencionalmente por afogamento e submersão, lesão auto-provocada intencionalmente por disparo de arma de fogo, lesão auto-provocada intencionalmente por fumaça, fogo e chamas, lesão auto-provocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante, lesão auto-provocada intencionalmente por objeto contundente, lesão auto-provocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado, lesão auto-provocada

intencionalmente por impacto de um veículo a motor e lesão auto-provocada intencionalmente por meios não especificados foram simplificados para fins de apresentação nas tabelas e gráficos, respectivamente, sob os termos: intoxicação, enforcamento, afogamento, arma fogo, fogo, faca e assemelhados, objeto contundente, precipitação, veículo motor e ignorado. Igualmente, os tipos de homicídio: agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação, agressão por meio de disparo de arma de fogo, agressão por meio de fumaça, fogo e chamas, agressão por meio de objeto cortante ou penetrante, agressão por meio de objeto contundente, agressão por meio de impacto de um veículo a motor, agressão por meio de força corporal, agressão sexual por meio de força física e agressão por meios não especificados apresentam-se como: enforcamento, arma fogo, fogo, faca e assemelhados, objeto contundente, veículo motor, luta corporal, agressão sexual, e ignorado;

- Presença de gravidez: grávida, não grávida, ignorado e não informado;

- Presença de estado puerperal: 0–42 dias, 43 dias – 1 ano, ignorado e não informado.

As duas últimas variáveis são apresentadas apenas para os anos de 2000 e 2004, pois só foi possível conhecer tais informações a partir de 1996, após a inserção das variáveis 43 e 44 na DO (LAURENTI et al., 2000).

3.2.4 Medidas

Utilizaram-se como medidas os números absolutos, as proporções e os coeficientes, estabelecendo, inclusive, algumas comparações com a mortalidade masculina. Para o cálculo dos coeficientes de mortalidade, os dados sobre a população (feminina ou masculina), em idade fértil, residente no Município de São Paulo nos anos considerados, provêm do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e foram obtidos no site do Datasus na Internet (<http://www.datasus.gov.br>).

3.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Embora o Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS) esteja, ainda, sujeito a algumas limitações (dada a impossibilidade de assegurar a captação de todos os óbitos e o correto preenchimento das declarações de óbito quanto às suas causas), essas críticas estão minimizadas no que se refere ao Município de São Paulo, tanto do ponto de vista quantitativo, como qualitativo (RIPSA, 2002), especialmente devido ao trabalho realizado pelo Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade – PRO-AIM – neste Município (PMSP, 2003).

3.4 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto tramitou pela Comissão de Ética da Faculdade de Saúde Pública da USP, tendo sido aprovado. Os dados trabalhados derivam de Bancos de Dados de domínio público, em que os casos não são identificados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ASPECTOS GERAIS

Para se compreender a dimensão que atinge a mortalidade por homicídio e suicídio entre as mulheres de 10 a 49 anos, é necessário observá-la dentro do grupo de causas externas de mortalidade em que está inserida e este, por sua vez, dentro da mortalidade geral (isto é, todas as possíveis causas de morte previstas pela CID). Assim, vê-se, na tabela 1, o número total de mortes de mulheres de 10 a 49 anos em cada um dos anos estudados e, dentre elas, o número absoluto, a porcentagem (em relação ao total de óbitos) e o coeficiente de mortalidade por causas externas (por 100.000 mulheres).

Observa-se que, proporcionalmente, as causas externas de mortalidade vão assumindo, nesse sexo e faixa etária, proporções maiores de 1980 até 1990 quando inseridas dentro das causas gerais de mortalidade. Porém, começam a perder espaço, neste grupo maior, a partir de 1995, o que parece consolidar-se até 2004 e terminam o período com proporção igual à de seu início (cerca de 16%).

Tabela 1 – Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos por todas as causas e por causas externas (número, proporção e coeficientes), Município de São Paulo, 1980/2004.

Ano	Total de óbitos		Óbitos por causas externas	
	N	N	%*	Coeficiente**
1980	4279	691	16,1	24,5
1985	4029	770	19,1	25,5
1990	4433	853	19,2	26,6
1995	5289	1002	18,9	29,3
2000	4425	777	17,6	21,7
2004	3900	626	16,1	17,0

* em relação à mortalidade geral.

** por cem mil mulheres de 10 a 49 anos.

RENDON (1987) aponta que, na Venezuela, em 1984, 13,3% das mortes da população geral foram devidas a causas externas. No Município de São Paulo, em 1985, foi encontrado exatamente o mesmo percentual considerando ambos os sexos, mas, ao tomar somente as mulheres em idade fértil, vê-se que, neste ano, como em todos os outros anos do estudo, os percentuais foram de 21% a 44% maiores e têm sido posicionados entre a segunda e terceira causas de morte para essa população, atrás, apenas, do conjunto das doenças do aparelho circulatório e, às vezes, das neoplasias (tumores). Esses dados podem ser encontrados nas bases do Ministério da Saúde (<http://www.datasus.gov.br>) e têm sido apontados, também, por outros autores (BRASIL, 2004; CAMARGO, 2002; RIBEIRO, 2005).

Quanto aos seus coeficientes, o aumento nas causas externas estende-se até 1995 (20%), após o que, declina consideravelmente, terminando, em 2004, com um

coeficiente de mortalidade cerca de 30% menor que o apresentado em 1980. Este declínio fica ainda maior, ou seja, 42%, se forem considerados os coeficientes apresentados em 1995 e em 2004.

Com o intuito de verificar se a tendência de diminuição da mortalidade por causas externas no período estudado, constatada no sexo feminino, pode ser generalizada como tendência real de declínio desse grupo de causas, examinou-se a mesma mortalidade no sexo masculino, considerando a mesma faixa etária e município. Encontrou-se padrão similar ao feminino, com uma ascensão de 79% nos coeficientes de mortalidade (por 100.000 homens) até 1995, aumento de quatro vezes o das mulheres, da mesma forma que, após o referido ano, foi verificada uma queda de 33% até 2004.

BOHLAND (2003), em Aracaju, encontrou coeficientes de mortalidade por causas externas oscilando em torno de 20 a 28 óbitos por 100.000 mulheres em idade fértil, no período de 1979 a 2001, similar aos dados do presente estudo, e observou, também, uma queda de 16,5% nesses coeficientes entre 1994-1996 e 2000-2001.

Especificamente quanto ao acidentes de trânsito, parte importante das causas externas, pesquisadores como VASCONCELOS e LIMA (2001) relatam uma queda de 17% na mortalidade feminina por esta causa, no Brasil, de 1995 a 1998 e, no Distrito Federal, de 1995 a 1999, redução é da ordem de 37%. CAMARGO (2002) atesta um decréscimo de 15% nos coeficientes de mortalidade no Brasil pela mesma causa, para ambos os sexos, entre 1997 e 1998. Entretanto, no referido estudo, quando são consideradas somente as mulheres do Estado de São Paulo, percebe-se que o declínio foi de 30% entre 1997 e 1999, passando de 10 para 7 óbitos por acidente de trânsito por 100.000 mulheres.

A diminuição da mortalidade por acidentes de trânsito, assim como da mortalidade por causas externas, no período de 1995 a 2000, tem sido atribuída à implantação do Novo Código de Trânsito Brasileiro a partir de 1998, em que foram adotadas medidas como melhor controle de velocidade, maior rigor na punição às infrações, acompanhados de campanhas educativas (VASCONCELOS e LIMA, 2001; CAMARGO, 2002).

Há que se considerar, para todos os anos, que existe um número de mortes por causas externas de tipo ignorado (códigos: E980 – E989 da CID 9 e Y10 – Y34 da CID 10), que pode ser devido, tanto ao desconhecimento, pelos profissionais responsáveis, da forma correta de preenchimento da DO, quanto ao receio destes de envolvimento em questões judiciais ao declarar uma causa não natural de morte (MELLO JORGE et al., 2003; LAURENTI et al., 2006) ou, ainda, de maneira a preservar a família da pessoa que faleceu. Caso equivalha a uma porcentagem significativa dentre essas mortes, esse número torna-se relevante e deve ser considerado, pois modifica a validade dos valores apresentados nas diferentes modalidades estudadas, podendo estas estar subestimadas em relação aos valores reais. Desde o início da década de 90, tem sido encontrado para o Brasil, cerca de 10% de óbitos por causas externas de tipo ignorado, considerado como valor aceitável por alguns autores (MELLO JORGE et al., 2003; LAURENTI et al., 2006). No caso aqui enfocado, da mortalidade por causas externas de mulheres em idade fértil, no Município de São Paulo, entre 1980 e 2004, foram observados valores entre 3,5 e 8% do início até o meio do período (tabela 2), o que é considerado baixo, não alterando, assim, significativamente, o peso dos suicídios e homicídios. Nos últimos anos, 2000 e 2004, entretanto, o grupo “ignorado” assume proporções um pouco

maiores (pouco mais que 10%, conforme mostra a tabela 2), apesar dos esforços dos órgãos responsáveis pelo Sistema no Município e da contínua melhora na qualidade da informação ao longo do tempo. Ainda assim, tais percentuais não são suficientes para alterar a validade dos valores das demais categorias.

Tabela 2 – Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos segundo tipo de causas externas, Município de São Paulo, 1980/2004 (número e proporção).

Ano	Acidentes de trânsito		Demais acidentes		Suicídio		Homicídio		Ignorado		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1980	295	42,7	119	17,2	100	14,5	123	17,8	54	7,8	691	100,0
1985	321	41,7	153	19,9	92	11,9	177	23,0	27	3,5	770	100,0
1990	309	36,2	203	23,8	86	10,1	209	24,5	46	5,4	853	100,0
1995	312	31,1	166	16,6	103	10,3	347	34,6	74	7,4	1002	100,0
2000	103	13,3	142	18,3	75	9,7	363	46,7	88	11,3	777	100,0*
2004	187	29,9	42	6,7	60	9,6	244	39,0	87	13,9	626	100,0*

* valor aproximado.

Outro aspecto a ser considerado é a contínua inversão da importância no grupo entre as causas externas de morte, sendo que predominavam os acidentes de trânsito desde 1965 até o início da década de 90. Ao longo dessa década, entretanto, os homicídios passaram a dominar e se nota que esta causa, sozinha, considerada violência intencional, é, atualmente, maior que todas as causas consideradas

acidentais. Além disso, os suicídios, que hoje têm menor expressão no grupo, no ano de 1960 figuravam em primeiro lugar dentre as causas externas de mortalidade para as mulheres residentes em São Paulo, com aproximadamente 35% das mortes e coeficiente de 7,0 óbitos por 100.000 mulheres. Curiosamente, naquela mesma época e grupo, os homicídios apareciam em última posição, com 8,2% do total de óbitos (MELLO JORGE, 1980). Esse fato e a mesma análise feita para o sexo masculino mostram o aumento da violência entre nós.

A variação da importância dentro do grupo de causas externas, entre suas modalidades, em um mesmo local e ano, pode ser observada, também, entre os sexos. Tal fato pode ser visto no Brasil, no estudo de MELLO JORGE (1980) no Município de São Paulo, de 1960 a 1975, no qual, para as mulheres, os suicídios aparecem antes dos homicídios em todo o período, sendo que, entre os homens, essa relação é invertida a partir de 1970. Na Venezuela, no trabalho de RENDON (1987), entre acidentes de trânsito, homicídios e suicídios, os suicídios foram a primeira causa de morte (e, por último, os acidentes de trânsito) no sexo feminino, no triênio 1982-84, mas figuram na última posição entre os homens (com os acidentes de trânsito em primeiro).

Após observar o comportamento da mortalidade por causas externas dentro da mortalidade geral pode-se tentar entender o comportamento da mortalidade por homicídio e suicídio dentro do grupo de causas externas e da mortalidade geral.

4.2 AS MORTES AUTO-PROVOCADAS VOLUNTARIAMENTE

Considerando os diferentes termos utilizados ao longo do tempo para fazer referência ao que a CID 10 atualmente classifica como “lesões auto-provocadas voluntariamente”, as mortes por essas causas serão generalizadas pelo termo “suicídio”, como referido anteriormente, na metodologia do presente trabalho.

4.2.1 Os Suicídios no Tempo

Na tabela 3, nota-se que a mortalidade por suicídio de mulheres em idade fértil diminui na primeira década de estudo, ou seja, de 1980 a 1990: visto nos números absolutos, em seus coeficientes, assim como na proporção de mortes por suicídio em relação ao total de causas externas. Em 1995, esses valores sofrem um ligeiro aumento, mas voltam a cair a partir do ano seguinte considerado (2000), seguindo dessa forma até 2004 e resultando em um decréscimo de 55,6% nos coeficientes quanto ao início.

Tabela 3 – Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos por suicídio, Município de São Paulo, 1980/2004 (número, proporção e coeficientes).

Ano	N	%*	Coeficientes**
1980	100	14,5	3,6
1985	92	11,9	3,0
1990	86	10,1	2,7
1995	103	10,3	3,0
2000	75	9,7	2,1
2004	60	9,6	1,6

* em relação ao total de causas externas.

** por cem mil mulheres de 10 a 49 anos.

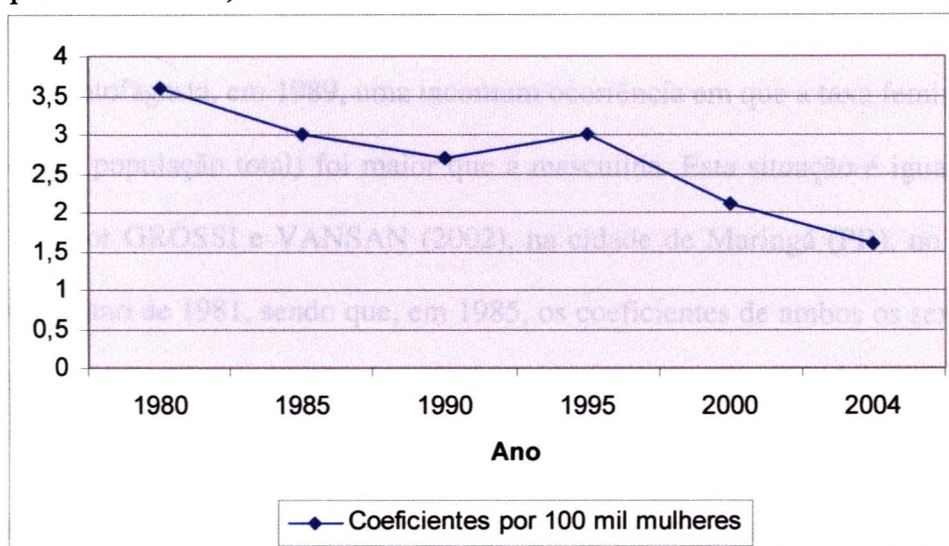
Há que se considerar, entretanto, que o acréscimo observado em 1995 pode ser devido não necessariamente a um aumento real na mortalidade, mas sim a uma melhora na qualidade da informação ao longo do tempo devido aos contínuos esforços dos organismos responsáveis pela captação dos dados. Assim, a queda que se segue na década seguinte, pode significar uma diminuição das mortes femininas por suicídio na faixa etária estudada, lembrando que, comparando esses dados com a tabela 2, a quantidade de mortes por causa externa de intenção indeterminada praticamente dobra.

Uma das razões para essa queda na taxa dos suicídios pode ser o crescente número de mulheres trabalhando fora de casa e contribuindo para a renda familiar ou para seu próprio sustento, permitindo, com isso, que elas tenham maior autonomia, independência e liberdade e exerçam melhor controle sobre si mesmas e seus corpos.

Dessa maneira, as mulheres passam a se sentir mais empoderadas, melhorando sua auto-estima e favorecendo a criação de novos recursos e alternativas.

A figura 1 ilustra os dados observados quanto aos coeficientes.

Figura 1 – Coeficientes de mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos por suicídio, Município de São Paulo, 1980/2004.



O declínio constatado nas mortes de mulheres pode ser, igualmente, visto entre os homens, confirmando esta tendência. No entanto, estes passam por um aumento (de 36,6%) nos suicídios até 1995, para então consolidarem a diminuição das mortes após 2000, fechando 2004 com queda de 11,3% em relação ao início do período de estudo. Além disso, a razão entre os coeficientes masculino e feminino varia de 2:1, em 1980, a aproximadamente 4:1, em 2004 (<http://www.datasus.gov.br>), sendo a primeira semelhante à relação encontrada por MELLO JORGE (1981), para o Município de São Paulo, até o ano de 1975, e a

segunda aproximando-se da razão (4,6:1) encontrada para o México, em 2001, no estudo de PUENTES-ROSAS et al. (2004). Vê-se, desse modo, uma diminuição mais acentuada na taxa de mortalidade feminina por suicídios que entre os homens da mesma faixa de idades. Em um estudo realizado na Segunda Região do Chile, MENDEZ et al. (1997) encontraram variação ainda maior nas razões de coeficientes masculinos e femininos entre os anos 1989 a 1991, passando de 1,8:1 no primeiro ano a 14,5:1 no último. Nesse mesmo trabalho, os autores identificaram, para a região de Antofagasta, em 1989, uma incomum ocorrência em que a taxa feminina de suicídio (na população total) foi maior que a masculina. Esta situação é igualmente observada por GROSSI e VANSAN (2002), na cidade de Maringá (PR), no sul do país, para o ano de 1981, sendo que, em 1985, os coeficientes de ambos os sexos são equivalentes.

Segundo Diekstra e Gulbinat, citados por MARÍN-LEÓN e BARROS (2003), a mortalidade por suicídio, em ambos os sexos, é qualificada como baixa (até 5,0 óbitos por 100.000 habitantes), média (entre 5,0 e 15,0 óbitos por 100.000 habitantes), alta (de 15,0 a 30,0 óbitos por 100.000 habitantes) e muito alta (acima de 30,0 óbitos por 100.000 habitantes).

Apesar dos baixos números e da notável queda na taxa de suicídios femininos no Município de São Paulo, queda essa observada desde a década de 60 (MELLO JORGE, 1981), os coeficientes em 2000 e 2004 mostram-se maiores que o encontrado nacionalmente para o México em 2001, de 1,3/100.000 mulheres acima de 11 anos de idade, segundo PUENTES-ROSAS et al. (2004), sendo que, neste país, a tendência foi de aumento nessa mortalidade de 1990 a 2001.

Em outro país da América Latina, o Chile, os coeficientes femininos de suicídio passaram, analogamente, por uma queda durante duas décadas, nos anos 60s e 70s, atingindo, nas décadas seguintes, de 1980 a 2000, uma certa estabilidade entre 2,3 e 2,8 óbitos por 100.000 mulheres acima dos 10 anos de idade (KIRSCHBAUMM, 2002). Em Bangladesh, contudo, em 1996-1997, depara-se com uma taxa de suicídios de 8,8 óbitos por 100.000 mulheres de 10 a 50 anos, sendo esta a principal causa externa de morte neste sexo e faixa etária, responsável por metade dos casos desta última causa (YUSUF et al., 2000). No Brasil, em Maringá (PR), os coeficientes variaram entre zero e 6,2 óbitos por 100.000 mulheres (também a partir dos 10 anos de idade), com uma média anual de 2,1, de 1978 a 1998 (GROSSI e VANSAN, 2002).

Em Campinas (SP), no período 1976-2001, os suicídios cometidos por mulheres assumem proporções menores em relação às causas externas de morte que aquelas aqui constatadas para São Paulo, abrangendo de 0,9% a 6,8% dos óbitos desse grupo de causas (MARÍN-LEÓN e BARROS, 2003); em contrapartida, em São José do Rio Preto (SP), de julho/1999 a junho/2001, a porcentagem quase dobra o número observado em São Paulo em 2000, ou seja, equivale a 18,8% das causas externas que acometeram mulheres entre 13 e 47 anos de idade (SABINO e SOLER, 2003).

Um fator importante quando se trata do suicídio é a sub-enumeração dos dados (GROSSI e VANSAN, 2002; KIRSCHBAUMM et al., 2002; MARÍN-LEON e BARROS, 2003; MELLO JORGE, 1981; MENDEZ et al. 1997; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a). Além da já mencionada limitação quanto à total captação dos óbitos e da dificuldade, em certos casos, em diferenciar causas intencionais de

acidentais e as próprias causas intencionais entre si (acrescentando-se, ainda, os casos erroneamente registrados na DO como causas naturais), existem ainda atitudes culturais, como a reprovação social e religiosa dessa causa de morte, que dificultam o preenchimento fidedigno da declaração de óbito, em nome da preservação (moral) dos familiares da pessoa morta, como já foi citado.

Não obstante, alguns autores defendem a validade dos dados oficiais ainda que sirvam para estabelecer comparações mínimas, incluindo-se aí aquelas feitas ao longo do tempo, averiguando tendências, como se faz neste estudo (KIRSCHBAUMM et al., 2002; MÉNDEZ et al., 1997). Outro ponto importante é a melhora constante na qualidade dos órgãos e sistemas oficiais responsáveis pelos dados ao longo das últimas décadas (LAURENTI et al., 2006). Apesar disso, entretanto, os mesmos autores, em investigação sobre a mortalidade de mulheres em idade fértil nas capitais de Estado do país e Distrito Federal, no primeiro semestre de 2002, encontraram uma subestimação bastante elevada do suicídio. Enquanto os dados oficiais mostravam a ocorrência de 80 mortes por essa causa, a metodologia da pesquisa permitiu fazer elevar esse número para 198 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

Ainda sobre a subestimação dos casos de suicídio, um aspecto que pode passar despercebido ao se considerar as estatísticas dessa mortalidade é o relativo aos processos autodestrutivos que podem levar à morte sem que se possa estabelecer uma associação direta com um suicídio, ou seja, com a intenção deliberada de morrer, ficando as mortes assim ocasionadas, mascaradas como outras causas, externas ou naturais. São indivíduos que se envolvem em acidentes fatais de trânsito, dirigindo agressiva e imprudentemente, ou que freqüentemente colocam-se em

situações de brigas ou conflitos com outros (sendo mortos por homicídios) ou, ainda, que fazem uso (ou melhor, abuso) de substâncias conhecidamente prejudiciais e potencialmente letais como o álcool e as drogas. Essas pessoas podem morrer subitamente por uma overdose ou mesmo de maneira lenta e progressiva, comprometendo seus órgãos internos, sendo que, nestes casos, a falência de um desses órgãos poderia ser identificada como a causa do óbito. O termo parassuicídio tem sido freqüentemente utilizado para se referir a esses comportamentos (CASSORLA, 1984; MARIS, 2002).

Como exemplo desta última situação, em um desses casos em que a arte pode imitar a vida, no filme “Despedida em Las Vegas”, o personagem interpretado pelo ator norte americano Nicholas Cage resolve beber (bebidas alcoólicas) até morrer. Um típico caso de suicídio como este, assim entendido pelos espectadores, poderia ser classificado como óbito devido a complicações hepáticas.

Outra consideração a ser feita é acerca da diferença entre a mortalidade por suicídio e sua morbidade. Ao contrário do que se vê para os suicídios consumados, as tentativas de suicídio pelas mulheres superam grandemente os números apresentados pelos homens. CASSORLA (1984) refere uma razão de coeficientes de 5,25:1 entre jovens de 12 a 27 anos em Campinas (SP) e estima por volta de 154 tentativas por 100.000 habitantes, sendo que cita outras pesquisas com índices variando entre 111 (Los Angeles – EUA) e 191 (Ribeirão Preto – SP) tentativas por 100.000 habitantes. No Rio de Janeiro, WERNECK et al. (2006) encontraram, no período de um ano – abril/2001 a março/2002 – uma média de 13,3 tentativas suicidas por mês, com uma predominância feminina em 68% dos casos e, também, de pessoas casadas ou vivendo em união. As mulheres eram, em sua maioria, jovens até 25 anos.

Evidencia-se, nos casos de suicídios completados, uma maior letalidade dos meios utilizados em contrapartida àqueles usados nas tentativas. Isso pode explicar, também, a diferença entre os sexos nas taxas de morbimortalidade, considerando os diferentes meios empregados por homens e mulheres, sendo que os primeiros costumam valer-se de meios mais violentos, ou seja, com pouca margem de salvamento, enquanto que as mulheres apresentam menor probabilidade de fazerem uso de tais métodos (APPLEBY, 2000; KIRSCHBAUMM et al., 2002; PRIETO e TAVARES, 2005). Mesmo nos casos de intoxicação, vê-se que mulheres utilizam-se, em geral, de medicamentos ou igual proporção destes com pesticidas; já entre os homens predomina o uso dos pesticidas (WERNECK et al., 2006).

Após observar como se configura a mortalidade por suicídio de mulheres de 10 a 49 anos da cidade de São Paulo, ao longo do tempo, de uma maneira geral, é importante ver como essa mortalidade acontece de maneira mais específica, segundo a idade e o estado civil que as mulheres apresentavam quando cometeram o suicídio, além da forma escolhida para a concretização do mesmo.

4.2.2 Algumas Características da Vítima

Quando se estuda a mortalidade feminina por suicídio nos anos considerados, percebe-se, que no início do período (de 1980 a 1990), de maneira geral, as maiores porcentagens estão concentradas na faixa etária dos 20 aos 29 anos, seguida pela faixa dos 30 aos 39 anos (tabela 4). As mulheres de 40 a 49 anos aparecem em

terceiro lugar e, por fim, figuram as mais jovens, de 10 a 19 anos, com exceção do ano de 1985, em que estas últimas vêm em segundo lugar. No ano de 1995, porém, um maior número e proporção de mortes são observados entre as mulheres de 30 a 39 anos, ultrapassando o grupo imediatamente anterior, de 20 a 29 anos. Então, a partir do ano seguinte, 2000, e até o final do período, passa a liderar a mortalidade por suicídio o grupo dos 40 aos 49 anos, antes na terceira posição, seguida pelos grupos de 20 a 29 anos, 30 a 39 anos e 10 a 19 anos em ordem decrescente de número e proporção de óbitos. Essas mudanças ao longo do tempo parecem sugerir um “envelhecimento” nos percentuais de suicídio em direção aos tempos atuais.

Tabela 4 – Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos por suicídio, segundo faixa etária, Município de São Paulo, 1980/2004 (número e proporção).

Ano	10-19		20-29		30-39		40-49		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1980	17	17,0	39	39,0	24	24,0	20	20,0	100	100,0
1985	22	23,9	32	34,8	19	20,7	19	20,7	92	100,0*
1990	12	14,0	30	34,9	26	30,2	18	20,9	86	100,0
1995	10	9,7	31	30,1	36	35,0	26	25,2	103	100,0
2000	6	8,0	26	34,7	14	18,7	29	38,7	75	100,0*
2004	6	10,0	18	30,0	11	18,3	25	41,7	60	100,0

* valor aproximado

As adolescentes da faixa dos 10 aos 19 anos iniciam o período com um certo aumento nos óbitos por suicídio do primeiro para o segundo ano. A partir de 1990, essa mortalidade entra em declínio até o ano de 2000, sofrendo um certo aumento em sua porcentagem no ano de 2004, apesar de manter o número absoluto de óbitos. Este último fato sugere que as mortes nessa faixa etária aumentaram em importância em relação à porcentagem total de óbitos quando comparadas ao ano anterior. Ainda assim, encerram 2004 com números consideravelmente menores que em seu começo (1980).

Com relação às suas porcentagens, a faixa etária dos 20 aos 29 anos apresenta, desde o princípio, uma tendência de declínio em suas mortes, passando por uma certa estabilidade entre 1985 e 1990 e um aumento, de aproximadamente 15%, entre 1995 e 2000, aumento este que cai quase que na mesma proporção no ano seguinte, 2004, sendo que termina esse ano com diminuição de sua mortalidade em quase um quarto em relação ao primeiro ano. As mulheres com idade entre 30 e 39 anos, por sua vez, sofrem um decréscimo na ocorrência de suicídios de 1980 para 1985, mas vêem suas proporções subirem visivelmente em 1990, especialmente, e 1995. Então, de maneira igualmente acentuada, os óbitos deste grupo voltam a cair em 2000 e estabilizam, em 2004, as porcentagens apresentadas, encerrando este último ano com frequência mais baixa que em 1980. Por fim, entre as mulheres da última faixa etária, de 40 a 49 anos, nota-se que iniciam com uma discreta ascensão na porcentagem de mortes por suicídio de 1980 até 1990, ascensão esta que se consolida e se torna consideravelmente maior já a partir do ano seguinte, 1995, até o ano de 2004, em que fecha o período apresentando uma mortalidade com o dobro da

importância que mostrava no início em relação às outras faixas consideradas, sendo a única com esta característica.

Ao se comparar o início e o fim do período estudado, dentre os diferentes grupos, o das mulheres mais jovens (10 a 19 anos) é o que tem a maior diminuição no número de mortes. Já o grupo das mulheres mais velhas (40 a 49 anos) é o único a sofrer um incremento em sua mortalidade.

No estudo de SABINO e SOLER (2003), em São José do Rio Preto, é possível encontrar, entre os 13 e 37 anos, a totalidade das mulheres em idade reprodutiva que consumaram suicídio. Em estudo nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, em 2002, considerando as mortes de mulheres em idade fértil, os suicídios predominaram nas faixas dos 20 aos 29 anos e dos 40 aos 49 anos, tanto para todas as capitais, em conjunto, quanto para as capitais da Região Sudeste separadamente, detendo, aproximadamente, 30% dos óbitos em ambas as faixas e regiões (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a; RIBEIRO, 2005; TUONO et al., 2007). Em Bangladesh, a maioria das mortes por esta causa ficou concentrada entre as mulheres de 20 a 29 anos, com 42% dos óbitos, seguidas pela faixa etária de 10 a 19 anos, que deteve 36% dos suicídios (YUSUF et al. 2000).

Quanto aos coeficientes apresentados (tabela 5), percebe-se um declínio na mortalidade de mulheres em idade fértil para todas as faixas etárias ao longo do tempo, sendo o maior decréscimo no grupo dos 10 aos 19 anos (71,4%) e o menor entre as mulheres de 40 a 49 anos (28,3%). Estas últimas apresentam os maiores coeficientes em relação às outras idades em todos os anos de estudo, podendo ser considerado o grupo com o maior risco de suicídio. Em segundo lugar em quase todo o período, exceto 1995, estão as mulheres de 20 a 29 anos, seguidas pelo grupo de 30

a 39 anos e, finalmente, as adolescentes de 10 a 19 anos, que parecem indicar a menor estimativa de risco de se suicidarem.

Tabela 5 – Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos por suicídio, segundo faixa etária, Município de São Paulo, 1980/2004 (número e coeficientes*).

Ano	10-19		20-29		30-39		40-49		TOTAL	
	N	Coef	N	Coef	N	Coef	N	Coef	N	Coef
1980	17	2,1	39	4,2	24	3,8	20	4,6	100	3,6
1985	22	2,6	32	3,4	19	2,6	19	3,8	92	3,0
1990	12	1,3	30	3,2	26	3,2	18	3,3	86	2,7
1995	10	1,1	31	3,1	36	4,1	26	4,4	103	3,0
2000	6	0,6	26	2,6	14	1,6	29	4,0	75	2,1
2004	6	0,6	18	1,7	11	1,2	25	3,3	60	1,6

* por cem mil mulheres da faixa etária considerada.

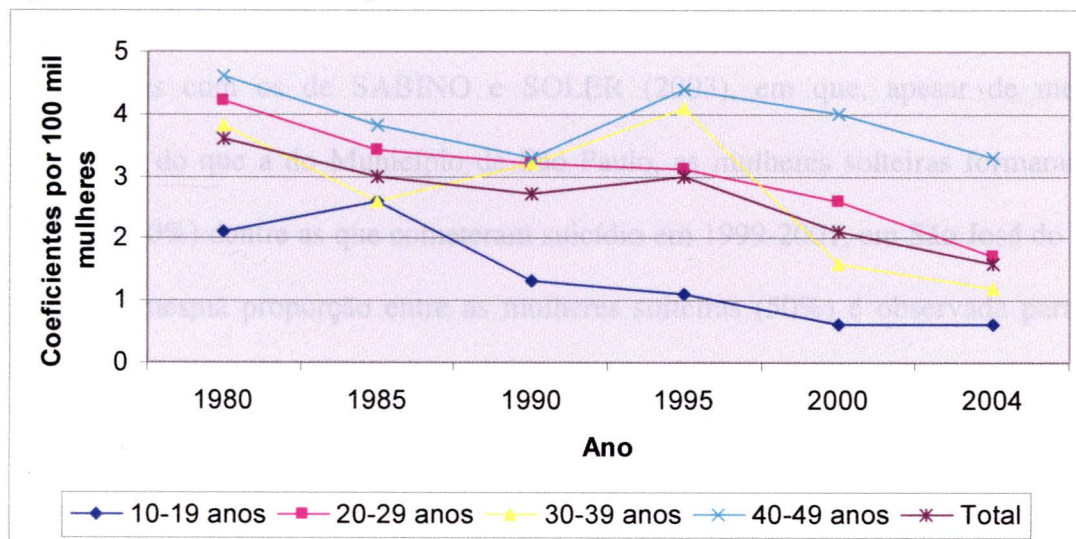
Da mesma forma, observou-se para o Município de São Paulo, de 1960 a 1975, risco aumentado entre as mulheres com idades mais avançadas, assim como na faixa etária dos 20 aos 29 anos (MELLO JORGE, 1981). Outros estudiosos têm percebido uma predominância de pessoas em idade produtiva cometendo o suicídio, como MÉNDEZ et al. (1997), em que quase 1/3 das mulheres de sua pesquisa apresentavam entre 35 e 44 anos, com uma média de idade entre elas de 43,12 anos. No artigo de MARÍN-LEÓN e BARROS (2003), foi observado que, em 1980-85, o risco de suicídio havia sido maior para as mulheres acima dos 55 anos, porém, de

1997 a 2001, predominou o grupo de 35-54 anos. GROSSI e VANSAN (2002), entretanto, encontraram o maior coeficiente de mortalidade feminina por essa causa entre as mulheres de 20 a 29 anos (3,4/100.000).

Alguns autores atribuem a maior mortalidade nas faixas etárias mais avançadas ao fato de a elas estarem associados elementos como doenças físicas, distúrbios psiquiátricos (em especial a depressão), isolamento (dado, por exemplo, pela viuvez), aposentadoria, dentre outros que são considerados fatores de risco para o suicídio. Nas idades mais jovens, tem-se feito associação dessas mortes com os conflitos interpessoais, problemas socioeconômicos e, também, com a diminuição da idade em que se iniciam os transtornos depressivos e sua maior incidência nos dias atuais (GROSSI e VANSAN, 2002; MELLO JORGE, 1981). RIBEIRO (2005) reforça a influência das doenças físicas e dos transtornos psíquicos no risco para o suicídio e cita De Leo et al., que associam as doenças físicas a até 80% dos casos de suicídio em idosos.

As tendências descritas quanto aos coeficientes podem ser observadas na figura 2.

Figura 2 – Coeficientes de mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos por suicídio, segundo faixa etária, Município de São Paulo 1980/2004.



Para melhor verificar como se distribuem os suicídios em relação ao estado civil das mulheres em estudo, foram excluídos os casos com idade entre 10 e 14 anos, considerando que, em nosso país, segundo a legislação em vigor, não é consentido casamento nessa faixa etária.

Desse modo, ao separar as mulheres que cometeram suicídio de acordo com o estado civil, observa-se predominância das mulheres solteiras em todos os anos estudados, seguidas pelas mulheres casadas (tabela 6). Nota-se que a diferença entre ambas, a princípio, diminuiu, ao longo da primeira década, e, em seguida, a partir de 1995, vai crescendo, especialmente em direção ao final do período. As primeiras apresentam um declínio em sua importância no grupo até o ano de 1990, ano de menor porcentagem e número de casos para essa categoria. Após o ano de 1995, porém, voltam a aumentar cada vez mais sua porcentagem de óbitos, sendo que atingem, em 2000, uma proporção maior que em 1980, apesar do número absoluto de

mortes haver diminuído. Isso significa que este grupo, mesmo com redução das mortes, continua sendo o mais atingido nesses casos. Os achados para esse grupo são condizentes com os de SABINO e SOLER (2003), em que, apesar de menor proporção do que a do Município de São Paulo, as mulheres solteiras formaram a maioria (50%) dentre as que cometeram suicídio em 1999-2001, em São José do Rio Preto. A mesma proporção entre as mulheres solteiras (50%) é observada para os suicídios cometidos no conjunto das capitais brasileiras, em 2002, sendo seguidas pelas mulheres casadas, com 25% dos óbitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

Tabela 6 – Óbitos de mulheres de 15 a 49 anos por suicídio, segundo estado civil, Município de São Paulo, 1980/2004 (número e proporção).

Ano	Solteiro		Casado		Viúvo		Separado		Outro		Ignorado		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1980	61	61,6	34	34,3	1	1,0	3	3,0	-	-	-	-	99	100,0*
1985	45	54,2	30	36,1	3	3,6	4	4,8	1	1,2	-	-	83	100,0*
1990	38	46,9	33	40,7	3	3,7	3	3,7	4	4,9	-	-	81	100,0*
1995	53	52,0	37	36,3	1	1,0	6	5,9	4	3,9	1	1,0	102	100,0*
2000	47	65,3	20	27,8	2	2,8	2	2,8	1	1,4	-	-	72	100,0*
2004	46	76,7	8	13,3	1	1,7	5	8,3	-	-	-	-	60	100,0

* valor aproximado

Inversamente, o grupo das mulheres casadas começa com um aumento em sua proporção de mortes ao longo da primeira década e, a partir de 1995, inicia um

declínio acentuado na porcentagem de óbitos, o que faz com que esse grupo apresente, no fim, uma importância menor que de início. As mulheres separadas judicialmente aparecem na terceira posição em relação ao número e à proporção de mortes em quase todos os anos, com exceção do ano de 1990. Elas sofrem grande variação em todo o período, e terminam em 2004 com um aumento em sua porcentagem ao se comparar com 1980. O grupo seguinte, das viúvas, também mostra grande variação ao longo do período, mas, por fim, embora mantendo igual número absoluto de óbitos, encerra o período com um leve acréscimo em sua proporção. A categoria “outro” mostra tendência similar ao grupo anterior em relação ao número absoluto de ocorrências, sendo que apresenta uma tendência de crescimento de 1980 até 1990, e, então, é observado um declínio a partir de 1995 até 2004, quando volta ao número e porcentagem iniciais de mortes, ou seja, nenhuma ocorrência registrada. Por apresentar apenas um caso, a categoria dos ignorados não influencia a validade das outras categorias e mostra, assim, a pouca dificuldade no preenchimento dessa variável na DO.

Há de se fazer uma ressalva, todavia, à situação aqui apresentada, para amenizar uma possível supervalorização da categoria das mulheres solteiras: os dados colhidos pela DO, relativos ao estado civil, referem-se somente à situação conjugal dos indivíduos perante a lei, sem que se possa saber, de fato, a relação marital dos mesmos. Sendo assim, pode ser que muitas das mulheres registradas como solteiras na DO, ou até mesmo viúvas ou separadas judicialmente, vivam em regime de união estável, o que seria correspondente ao grupo das casadas. De igual modo, mulheres com informação de serem civilmente casadas podem viver separadas dos maridos. Tal fato dificulta o esclarecimento das hipóteses levantadas para a

mortalidade segundo o estado civil. Isso é importante porque há estudos que procuram mostrar a situação conjugal influenciando a realização do suicídio. Em alguns deles, como o de STUBBE e RAMOS (1983), aponta-se a viuvez como fator de risco para tal ocorrência, mostrando, ainda, uma diferença no momento em que isso acontece: entre os viúvos, o maior risco está nos primeiros seis meses de viuvez e, entre as viúvas, o problema é intensificado no segundo ano.

No trabalho de CASSORLA (1984), o grupo que havia tentado suicídio tinha menor número de solteiros que nos grupos controle e apresentavam maior proporção de pessoas casadas ou vivendo com parceiro e, também, de pessoas (recém) separadas que os controles; os que tentaram suicidar-se fizeram maior referência a um mau relacionamento. O autor justifica seus achados dizendo das tensões e atritos existentes em relações tidas como imaturas e simbióticas que, segundo observações clínicas, resultam de uniões precoces e/ou cujos sujeitos vêm de famílias mal estruturadas emocionalmente. De igual modo, YUSUF et al. (2000) apontam uma predominância de suicídios entre mulheres casadas (71%) no seu estudo em Bangladesh, além de elas apresentarem, também, maiores taxas para cada grupo de idade, entre os 10 e os 50 anos. Em contrapartida, KRUG et al. (2002) relacionam autores que argumentam sobre o fator protetivo de um casamento estável contra a ameaça do suicídio, em detrimento das altas taxas de mortalidade por essa causa, em culturas ocidentais, entre pessoas solteiras ou que nunca se casaram; tais taxas ficam mais altas quando se consideram os viúvos e altíssimas entre pessoas separadas ou divorciadas. DURKHEIM (2005), em obra do século XIX, afirma que o casamento costumava ser fator de proteção para o suicídio, mas que as pessoas nessa situação vêm igualando-se aos solteiros quanto ao risco apresentado. Isso devido à crescente

dissolução das famílias, que tem gerado outras situações de risco: os jovens que saem de casa para um casamento precoce, endossando a influência negativa deste, e os que se precipitam a viverem sós. Tal isolamento (que pode ser visto, também, entre algumas pessoas separadas e viúvas), de acordo com o autor, aumenta a tendência ao suicídio. PRIETO e TAVARES (2005) citam vários autores, em uma revisão bibliográfica, que sustentam serem os relacionamentos conflituosos e as separações recentes (e, em um deles, morar sozinho) fatores de risco para o suicídio. WERNECK et al. (2006) afirmam que, dos motivos registrados para as tentativas de suicídio, 61% foram devidos a conflitos intrafamiliares: brigas com pais ou parceiro, fim de casamento ou namoro. Em concordância com esses achados, FARIA et al. (2006), no Rio Grande do Sul, encontraram taxas de divórcio e de suicídio associadas diretamente. Entretanto, de modo contrário, o mesmo estudo registrou associação negativa entre o risco para essa causa de morte e mulheres que moram sozinhas, sendo que a estas estava associada, também, maior renda e escolaridade, identificadas como fatores de proteção, na pesquisa.

A freqüente presença de conflitos interpessoais ligados aos suicídios, por vezes bastante próximos do momento em que foram consumados, pode sugerir, dentre outras situações, a existência de conflitos de gênero, violência conjugal ou doméstica. Como referido anteriormente, essas relações conflituosas podem, também, resultar em transtornos depressivos, outro fator de risco para o suicídio (KRUG et al, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a; PRIETO e TAVARES, 2005; RIBEIRO, 2005; TUONO et al., 2007).

A partir dos diferentes resultados apontados pelos vários autores mencionados, pode-se pensar na influência não do estado civil apresentado pelas

mulheres, mas sim em suas diferenças pessoais ao viver cada uma dessas relações. Um exemplo de diferentes vivências pessoais na motivação para o suicídio pode ser encontrado no clássico de GOETHE (2001) “Os sofrimentos do jovem Werther”, cujo personagem do título mata-se após grande sofrimento e angústia por não poder ter a mulher que ama. Sabe-se, todavia, que o autor do livro baseou-se em dois casos reais para compor sua obra: o dele mesmo e o de um amigo, de maneira que, na primeira parte, traça uma biografia de seu próprio sofrimento e, na segunda, inspira-se em um caso semelhante ao seu, porém com o trágico desfecho já conhecido.

Neste sentido, WERNECK et al. 2006 comentam que, mesmo passando por situações adversas comuns como perda significativa, conflitos, término de relacionamentos, doença incapacitante, problemas profissionais ou jurídicos, desemprego e pobreza, citados por KRUG et al. (2002) como precipitantes do suicídio, a maioria das pessoas não se suicida. Para os que o fazem, é necessário compreender outros fatores que podem ser determinantes no processo: transtornos psíquicos (depressão, esquizofrenia, sentimentos de desesperança), abuso de álcool e drogas, disponibilidade de meios para a consumação do ato, isolamento social, violência física e/ou sexual na infância, tentativas pregressas de suicídio. Este último é um forte preditor, aumentando em 20 a 30 vezes o risco de completar o ato, segundo Gunnell e Frankel citados por KRUG et al. (2002) e por WERNECK et al (2006).

Como sugerem CASSORLA (1984) e WERNECK et al. (2006), seria interessante complementar a observação epidemiológica com estudos de casos. Além disso, RENDON (1987) menciona a autópsia psicológica, “*um minucioso estudo da vida, costumes do sujeito e assim das possíveis causas que produziram a morte*” (p.

41), referido também por outros autores (PRIETO E TAVARES, 2005; KRUG et al., 2002), como um método de investigação útil para esclarecer as circunstâncias da morte.

4.2.3 Os Meios Utilizados para a sua Consumação

A partir da tabela 7, vê-se que a categoria “ignorado” apresenta-se, em todos os anos, com as maiores porcentagens dentre os tipos de suicídio listados. Isso pode ser devido ao fato de o suicídio ser considerado um tabu em nossa sociedade, de cujo pouco se fala e, portanto, dificulta a coleta de informações e, conseqüentemente, o correto preenchimento da declaração de óbito. Porém, pode-se constatar um declínio progressivo destes casos, tendo caído de 65%, em 1980, para 18,3%, em 2004, devido, como mencionado anteriormente, à constante melhora na qualidade da informação. Contribuíram para isso dois fatos importantes no período: a criação do PRO-AIM, no Município de São Paulo, em 1989-90, para a correção dos dados, por meio de busca no IML, sem o qual, esta era precária ou, praticamente, inexistente (ESCRIVÃO JR e LIRA, 1990); e a inserção, em 1998, na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), de local para coleta da informação sobre o tipo de causa externa que gerou as lesões (MELLO JORGE, 2003).

Excluindo-se os meios ignorados, é possível notar que o meio predominante pelo qual as mulheres do estudo consumaram o suicídio ao longo dos anos considerados foi por “enforcamento, estrangulamento e sufocação”, considerando

que esta forma aparece em primeiro lugar em quase todos os anos estudados com exceção de 2004, em que, ainda assim, apresenta-se de maneira expressiva, em terceiro lugar (tabela 7).

O suicídio por “arma de fogo” aparece com alguma expressão em quase todos os anos, surgindo em segundo lugar entre os meios utilizados de 1980 a 1990 e voltando a esse posto no ano 2004, atrás apenas, no último ano, de “precipitação de lugar elevado”. No ano de 1980, juntamente com “enforcamento, estrangulamento e sufocação”, vê-se a predominância de “auto-intoxicação intencional por substâncias sólidas ou líquidas”, seguido de “arma de fogo” e “fogo”.

Tabela 7 – Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, por suicídio, segundo meio utilizado para sua consumação, Município de São Paulo, 1980/2004 (número e proporção).

Ano	Intoxicação		Enforcamento		Afogamento		Arma fogo		Fogo		Faca e assemelhados		Objeto contundente		Precipitação		Veículo motor		Ignorado		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1980	12	12,0	12	12,0	-	-	6	6,0	5	5,0	-	-	-	-	-	-	-	-	65	65,0	100	100,0
1985	5	5,4	10	10,9	1	1,1	6	6,5	3	3,3	-	-	-	-	3	3,3	-	-	64	69,6	92	100,0*
1990	4	4,7	12	14,0	-	-	7	8,1	7	8,1	1	1,2	-	-	1	1,2	-	-	54	62,8	86	100,0*
1995	4	3,9	27	26,2	-	-	4	3,9	11	10,7	1	1,0	-	-	6	5,8	-	-	50	48,5	103	100,0
2000	4	5,3	18	24,0	-	-	6	8,0	4	5,3	2	2,7	17	22,7	6	8,0	-	-	18	24,0	75	100,0
2004	8	13,3	8	13,3	-	-	9	15,0	5	8,3	-	-	7	11,7	11	18,3	1	1,7	11	18,3	60	100,0*

* valor aproximado

É interessante observar que, na pesquisa de MELLO JORGE (1981) no Município de São Paulo, até 1975, os enforcamentos, bastante expressivos no atual estudo, sequer aparecem dentre os principais meios para as mulheres (apenas entre os homens), vendo-se, ao contrário, as intoxicações, enfraquecidas após 1980, como forma predominante de suicídio feminino na época. Há que se levar em conta, entretanto, a faixa etária mais ampla do primeiro trabalho, o que pode explicar a diferença encontrada, considerando, para este município, o aumento dos suicídios em idades mais velhas, que não são aqui contempladas. Outra justificativa é o fato de existir, atualmente, um melhor controle e regulamentação na comercialização de medicamentos e substâncias químicas prejudiciais à saúde, restringindo o acesso a tais produtos (GROSSI e VANSAN, 2002). Outro meio de consumação de relevância crescente encontrado por MELLO JORGE (1981) foram as armas de fogo, sendo que, no presente estudo, como já referido, estas foram, em 1980, 1985, 1990 e 2004, o segundo maior responsável pelo suicídio das mulheres. Em 1990, aparece também em segundo lugar, “fogo” como causa de morte e, em 1995, este meio figura sozinho na segunda posição. Já o ano 2000 é o que as mortes causadas por “objeto contundente” têm maior força e aparecem como a segunda causa de morte. Neste mesmo ano, “precipitação de lugar elevado” mostra-se com certa relevância. Por fim, 2004 é ano em que as várias causas de morte distribuem-se mais uniformemente, sendo que, em ordem de importância tem-se “precipitação de lugar elevado”, seguido de “arma de fogo” e, juntos, em terceiro lugar vêm-se “enforcamento, estrangulamento e sufocação” e “auto-intoxicação intencional por substâncias sólidas ou líquidas”. Segue-se ainda “objeto contundente” e “fogo” como causas relevantes neste ano, assim como a única ocorrência para “veículo motor”. As categorias

“afogamento” e “faca e assemelhados” aparecem minimamente nos anos estudados, sendo que a primeira tem um único caso em 1985 e a última é vista com poucas ocorrências em 1990, 1995 e 2000.

Os achados deste trabalho são corroborados por outras pesquisas, inclusive em outros países, como a de KIRSCHBAUMM et al. (2002), no Chile, em que, de 1980 a 2000, o meio predominante de suicídio feminino (acima dos 10 anos de idade) foi o enforcamento (42-66%), estando as armas de fogo e o envenenamento similarmente em segunda posição no começo (18,2%) e no fim do período (15,3%), notando-se um aumento do primeiro e uma diminuição dos segundos. Ainda no Chile, a mesma preferência por enforcamento (60,6%), entre mulheres de todas as faixas etárias, foi vista por MENDÉZ et al. (1997), de 1989 a 1995.

Em Bangladesh, os suicídios por envenenamento tiveram maior importância dos 10 aos 29 anos do que na faixa seguinte, dos 30 aos 50 anos (YUSUF et al. 2000). Na Venezuela, os suicídios são consumados pelas mulheres, em ordem de importância, por meio de: envenenamento, enforcamento, precipitação e armas de fogo, considerando algumas variações regionais, dado que em Caracas predomina a precipitação de lugares elevados (RENDON, 1987).

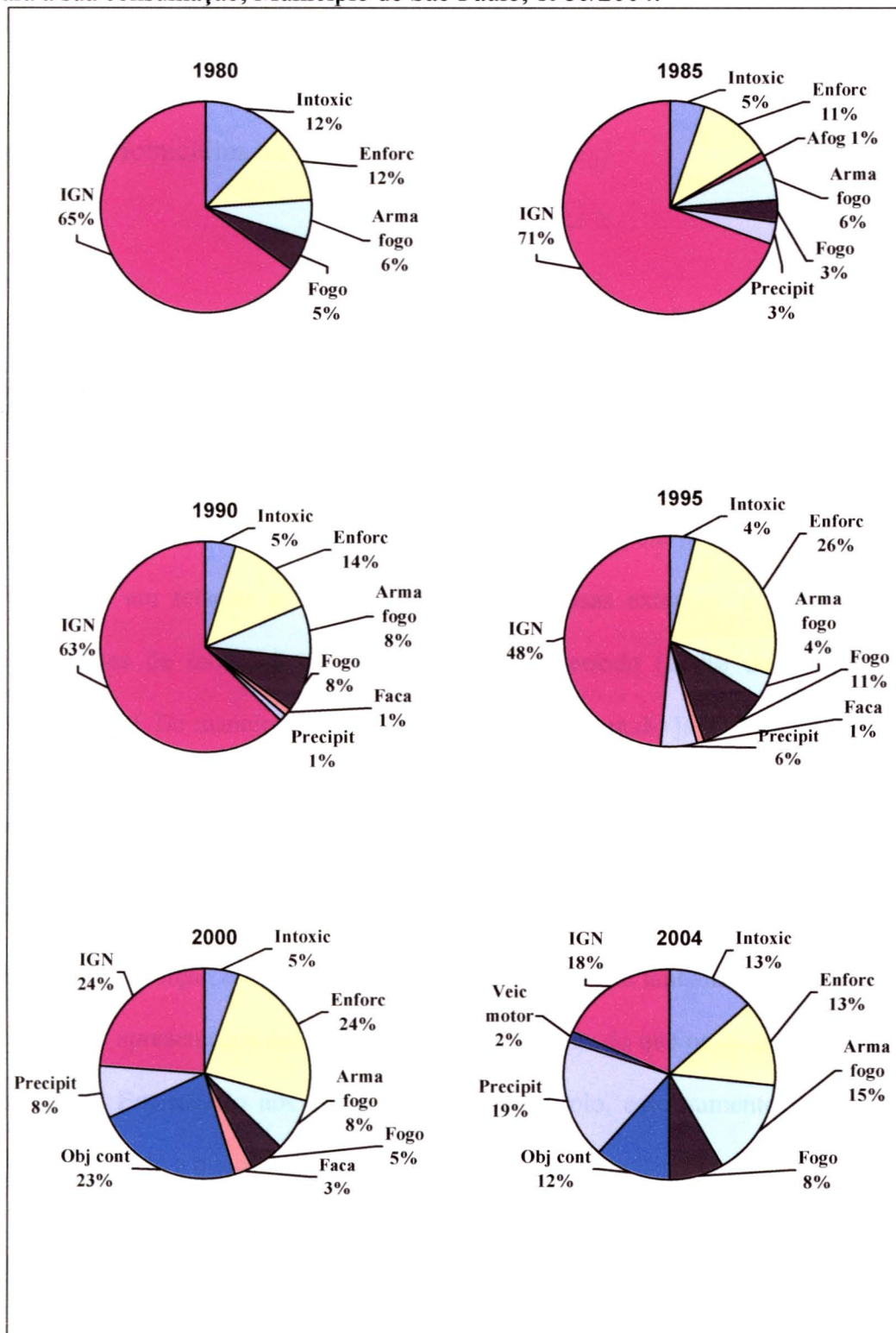
No Brasil, em Campinas (SP), de 1996 a 2001, os principais meios foram os envenenamentos, os enforcamentos e as armas de fogo, com porcentagem um pouco maior para os envenenamentos e igual proporção entre os dois últimos meios (MARÍN-LEÓN e BARROS, 2003), considerando mulheres acima de 15 anos de idade. Em Maringá (PR), entretanto, no período 1978-1998, GROSSI e VANSAN (2002) encontraram, no sexo feminino (acima dos 10 anos de idade), os enforcamentos e os envenenamentos igualmente preponderantes, como foi visto

neste estudo para 1980, além de uma certa expressão nas mortes por queimadura por fogo nas vestes. Os mesmos autores chamam a atenção para o fato de que, de 1978 a 1984, as mulheres utilizavam mais o envenenamento, ficando o enforcamento em segundo lugar; a partir de então, a situação é invertida por uma diminuição dos envenenamentos e, assim, os enforcamentos assumem a primeira posição até o final do período considerado. Ainda no Estado do Paraná, em Cascavel, os enforcamentos também ficaram em primeiro lugar dentre os meios de suicídios femininos, de 1991 a 2000, seguidos de perto por aqueles consumados por armas de fogo (CARDOSO, 2005).

No conjunto das capitais brasileiras, no primeiro semestre de 2002, as intoxicações apresentaram a maior importância entre os suicídios femininos (31%), seguindo-se as precipitações (20%) e, em terceira posição, os enforcamentos (17%). Curiosamente, neste estudo, verificaram-se apenas dois casos de suicídio por enforcamento entre as capitais da Região Sudeste, onde o Município de São Paulo está inserido, sendo ambos atribuídos ao Município de Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, ao que se conclui que, no período do estudo, não foram registrados casos de enforcamento na cidade de São Paulo (RIBEIRO, 2005).

Os gráficos a seguir (Figura 3) ilustram as mudanças nos padrões dos métodos escolhidos pelas mulheres para a consumação do suicídio ao longo do tempo.

Figura 3 – Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos por suicídio, segundo meio escolhido para a sua consumação, Município de São Paulo, 1980/2004.



4.3 A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER MEDIDA PELOS HOMICÍDIOS

4.3.1 Os Homicídios no Tempo

Ao se analisar a mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos por homicídio na cidade de São Paulo, ao longo do tempo, de 1980 a 2004, vê-se, na tabela 8, que houve um importante aumento nas mortes por duas décadas, do início até o ano 2000, observado nos números absolutos e confirmado pela proporção de óbitos por homicídio em relação ao total de óbitos por causas externas, assim como pelos coeficientes de mortalidade por homicídio no período (130% de acréscimo nos coeficientes). De maneira inversa aos suicídios, tal ascensão já vinha sendo percebida desde a década de 60 (MELLO JORGE, 1981). Apesar do alarmante aumento nos valores ao longo de quase todo o período, este se encerra com uma diminuição nas mortes em comparação aos dois últimos anos considerados, tanto no valor absoluto como na proporção e em seu coeficiente. Mas ainda que tenham sofrido uma queda, os valores apresentados em 2004 mostram-se maiores do que os do início do período, em 1980. Em relação aos coeficientes, por exemplo, esse aumento corresponde a 50%, chegando a quase 120% em se tratando das proporções.

Tabela 8 – Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, por homicídio, Município de São Paulo, 1980/2004 (número, proporção e coeficientes).

Ano	N	%*	Coeficientes**
1980	123	17,8	4,4
1985	177	23,0	5,9
1990	209	24,5	6,5
1995	347	34,6	10,1
2000	363	46,7	10,1
2004	244	39,0	6,6

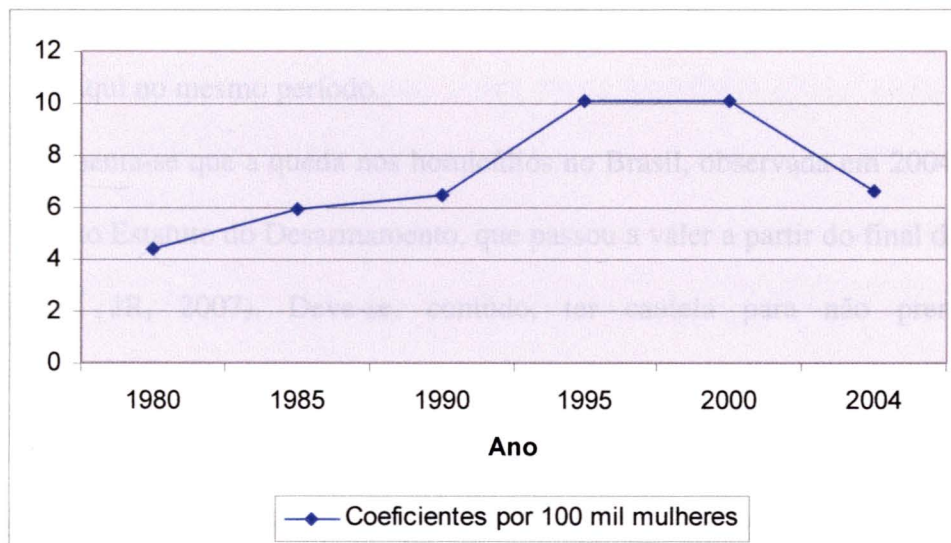
* em relação ao total de causas externas.

** por cem mil mulheres de 10 a 49 anos.

PARPINELLI et al. (2000) constatam, da mesma forma, considerável acréscimo nos coeficientes de homicídio de mulheres em idade reprodutiva, em Campinas, comparando os quinquênios 1985-89 e 1990-94, passando de 2,5 para 3,8 óbitos por 100.000 mulheres, o que corresponde a 52% de aumento entre os períodos.

A figura 4 ilustra os dados do Município de São Paulo, quanto aos seus coeficientes.

Figura 4 – Coeficientes de mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos por homicídio, Município de São Paulo, 1980/2004.



A tendência de crescimento dos homicídios na cidade pode ser generalizada para o período, pois é observada igualmente entre os homens, sendo a ascensão dos coeficientes entre eles, ainda maior: 125% de 1980 a 2004. Da mesma forma que se passa com as mulheres, existe no sexo masculino um aumento desenfreado das taxas até 2000, seguido de uma diminuição em 2004 (<http://www.datasus.gov.br>). Quanto à razão de óbitos masculinos e femininos no município de São Paulo, no estudo de MELLO JORGE (1981) até 1975 girou em torno de 7:1. No presente estudo, entretanto, verificou-se que essa relação variou de cerca de 10:1 (em 1980) a 15:1 (em 2004) (<http://www.datasus.gov.br>). As diferenças podem ser decorrentes das faixas de idade consideradas em cada trabalho, mas, também, por causa da exacerbação dos homicídios no período atual, que se mostrou especialmente maior no caso dos homens. Nesse sentido, as razões aqui apresentadas estão próximas à que foi encontrada por GAWRYSZEWSKI (2002), em 2000, no mesmo município, de

13,5:1. Na Venezuela, no triênio 1982-84, a relação foi de 11,7 homicídios masculinos para cada feminino (RENDON, 1987), também próximo do que foi observado aqui no mesmo período.

Comenta-se que a queda nos homicídios no Brasil, observada em 2004, pode ser devida ao Estatuto do Desarmamento, que passou a valer a partir do final de 2003 (PIMENTA JR, 2007). Deve-se, contudo, ter cautela para não prenunciar precocemente um declínio nesta mortalidade, considerando o curto período de tempo observado, até o momento, para essa ocorrência, sendo necessário continuar averiguando essas mortes até que se possa constatar uma tendência neste sentido.

A taxa observada neste trabalho, em 2000, supera a que foi encontrada por GAWRYSZEWSKI (2002) no mesmo município e ano, de 8,2 óbitos por 100.000 mulheres. Comparando-se, ainda, as taxas aqui verificadas àquela encontrada para a Venezuela no triênio 82-84, de 1,8 óbitos por homicídio por 100.000 mulheres (RENDON, 1987), vê-se que as taxas paulistanas no período correspondente, ou seja, em 1980 e 1985, são, aproximadamente, 150% a 230% maiores. A diferença entre países, quanto aos homicídios, exacerba-se ainda mais quando observados os coeficientes de mortalidade de Bangladesh, em 1996-97, de 0,9 por 100.000 mulheres em idade fértil (sendo as de São Paulo mais de 1000% maiores em 1995-2000).

Quanto à porcentagem de homicídios femininos em relação às causas externas, nota-se em São Paulo, em 2000, um valor quase o dobro daquele apresentado em São José do Rio Preto, no interior do estado, de 1999 a 2001, de 25% (SABINO e SOLER, 2003), que estaria, por sua vez, mais próximo ao valor visto na capital em 1990, ou seja, uma década antes. Entretanto, o valor constatado em São

Paulo, em 2000, é condizente com o apresentado para as capitais da Região Sudeste (47,8%) e do Brasil (39,2%), em 2002 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

É importante notar que, apesar do número de mortes em 2004 ser menor que em 1995, a porcentagem de homicídios dentre as causas externas em 2004 é maior que a de 1995, o que mostra que, apesar das mortes por essa causa terem diminuído em número, elas têm, em 2004, uma importância maior dentre as causas externas do que em 1995. Isso pode significar, também, que houve uma diminuição maior no número de mortes pelas outras causas consideradas do grupo de causas externas, enquanto que a queda dos homicídios foi menos significativa.

A partir da observação dos óbitos por homicídio, ao longo do tempo, das mulheres do estudo, faz-se necessário avaliar como essas ocorrências se relacionam com características das vítimas como idade e estado civil e de que forma elas ocorrem, entendido como o tipo de homicídio.

4.3.2 Algumas Características da Vítima

Considerando a mortalidade feminina por homicídios ao longo dos anos, de acordo com a faixa etária da vítima (tabela 9), percebe-se que, proporcionalmente, as mais atingidas foram as mulheres de 20 a 29 anos em todo o período, seguidas pelas mulheres na faixa dos 30 aos 39 anos, exceto no ano de 1990, em que a faixa dos 10 aos 19 anos aparece em segundo lugar na proporção de mortes. Nota-se ainda uma diferença percentual bastante grande entre a mortalidade da primeira faixa de idades

citada (20-29 anos) e a segunda (30-39 anos) já a partir de 1985. A faixa etária que vai dos 40 aos 49 anos apresenta as menores porcentagens nos casos de homicídio, ao longo dos anos estudados. É, porém, o único grupo que sofreu incremento nessas porcentagens.

Tabela 9 – Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos por homicídio, segundo faixa etária, Município de São Paulo, 1980/2004 (número e proporção).

Ano	10-19		20-29		30-39		40-49		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1980	30	24,4	48	39,0	43	35,0	2	1,6	123	100,0
1985	37	20,9	70	39,5	41	23,2	29	16,4	177	100,0
1990	51	24,4	85	40,7	45	21,5	28	13,4	209	100,0
1995	63	18,2	133	38,3	107	30,8	44	12,7	347	100,0
2000	75	20,7	144	39,7	94	25,9	50	13,8	363	100,0*
2004	48	19,7	93	38,1	62	25,4	41	16,8	244	100,0

* valor aproximado

De forma semelhante, YUSUF et al. (2000) apontam que, em Bangladesh, em 1996-1997, a idade em que os homicídios são predominantes é a das mulheres de 20 a 29 anos, com 49% das ocorrências, seguindo-se as de 30 a 39 anos, com 22%, e logo vem a faixa dos 10 aos 19 anos, com 19%. Em São José do Rio Preto, 75% dos homicídios femininos em idade reprodutiva concentram-se entre os 13 e 32 anos de idade (SABINO e SOLER, 2003). Nas capitais brasileiras, no primeiro semestre de

2002, prevaleceram os óbitos nas idades compreendidas entre os 15 e 24 anos, com 44,6%, sendo que no Sudeste esta percentagem sobe para 50% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a; RIBEIRO, 2005).

Com relação às proporções, as mulheres de 10 a 19 anos tiveram uma grande variação em sua mortalidade ao longo do tempo, com aumentos e declínios consecutivos, mas encerram 2004 com um decréscimo em relação ao ano anterior, sendo o valor observado igualmente menor que o apresentado em 1980. Já com as mulheres entre os 20 e 29 anos, ao contrário, é possível perceber certa estabilidade em suas proporções em todo o período, com uma ligeira subida até o fim da primeira década, seguida de uma leve diminuição a partir de 1995, fechando 2004 com um valor minimamente menor que no início, apesar do número absolutos de mortes ter quase dobrado. Na faixa dos 30 aos 39 anos, ao se observar as percentagens, houve uma queda na mortalidade das mulheres na primeira década, após o que há um aumento considerável, em 1995, retomando, então, novo declínio em 2000, que se estabiliza em 2004, sendo que, ao final, é nesta faixa etária que se dá o maior declínio percentual ao se comparar o início e o fim do período. Contudo, a mortalidade das mulheres da última faixa etária (40-49 anos) apresentou crescimento exorbitante em importância dentro do grupo no decorrer do tempo, especialmente ao se comparar o primeiro (1980) e o último ano (2004), sendo o único grupo a apresentar essa característica. O maior acréscimo acontece na primeira metade da década de 80, ou seja, de 1980 para 1985, após o que há uma diminuição nos dois anos seguintes (90-95) e, então, volta a crescer a partir de 2000 até 2004.

De maneira geral, o total, em número absoluto, de homicídios de mulheres com idades entre 10 e 49 anos apresenta-se em escalada por duas décadas, a partir do

primeiro ano observado e com maior frequência no ano 2000, sendo que só diminuiu, consideravelmente, em 2004 (queda de 1/3). Apesar dessa queda, ao se observar o início e o fim do período de estudo, vê-se um aumento da mortalidade feminina por homicídios em todas as idades do período fértil, sendo o maior incremento na faixa dos 40 aos 49 anos de idade, apesar de apresentar os índices mais baixos, seguido pela faixa etária de 20 a 29 anos.

Com relação aos coeficientes (tabela 10), a faixa etária com maior risco de morte por homicídios é a dos 20 aos 29 anos, sendo que, com exceção do primeiro ano, aparece em primeiro lugar dentre todas as outras faixas de idade fértil. É percebido um considerável aumento na mortalidade em quase todas as idades ao longo do tempo, sendo o maior deles entre as mulheres de 40 a 49 anos (1000%), comparando-se o coeficiente de 1980 ao de 2004. Em seguida, o grupo de 20 a 29 anos tem um incremento de aproximadamente 75% e, para os 10 a 19 anos, o acréscimo é de 32,4%. Por fim, as mulheres de 30 a 39 anos sofreram um aumento bastante discreto (1,4%) apesar de terem passado por incrementos maiores e mais significativos no meio do período.

Tabela 10 – Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos por homicídio, segundo faixa etária, Município de São Paulo, 1980/2004 (número e coeficientes*).

Ano	10-19		20-29		30-39		40-49		TOTAL	
	N	Coef	N	Coef	N	Coef	N	Coef	N	Coef
1980	30	3,7	48	5,1	43	6,9	2	0,5	123	4,4
1985	37	4,3	70	7,4	41	5,7	29	5,9	177	5,9
1990	51	5,7	85	9,0	45	5,5	28	5,1	209	6,5
1995	63	6,7	133	13,3	107	12,1	44	7,4	347	10,1
2000	75	7,9	144	14,2	94	10,6	50	6,9	363	10,1
2004	48	4,9	93	8,9	62	6,8	41	5,5	244	6,6

* por cem mil mulheres da faixa etária considerada

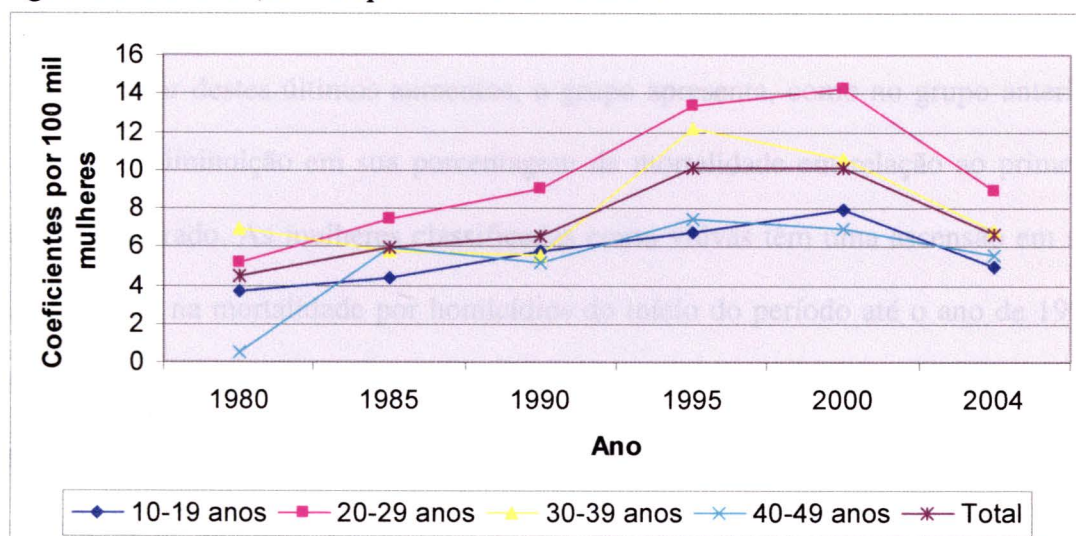
Assim, ao contrário da mortalidade feminina por suicídio, a tendência aqui, para os homicídios, é de crescimento no risco de morte. Embora no último ano observado (2004) seja reconhecido um declínio em relação aos antecedentes, dado o grande aumento sofrido anteriormente, é necessário atentar para os anos que virão, para que se possa confirmar ou excluir uma possível nova tendência de declínio para esse tipo de morte, em relação a essa população.

No estudo de MELLO JORGE (1981), no município aqui considerado, constatou-se, relativamente aos homicídios femininos, igual tendência de preponderância das idades correspondentes à faixa etária dos 20 aos 29 anos, em todos os anos do estudo, de 1960 a 1975, seguindo-se, em 1960 pelas mulheres de 40 a 49 anos e, em 1965, 1970 e 1975, pelas mulheres da faixa dos 30 aos 39 anos. De

maneira interessante, percebe-se, ao longo dos anos, um aumento progressivo dos coeficientes para os 70 anos ou mais.

As tendências descritas para o Município de São Paulo, no trabalho atual, podem ser visualizadas na figura 5.

Figura 5 – Coeficientes de mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos por homicídio, segundo faixa etária, Município de São Paulo 1980/2004.



Ao se analisar o estado civil das mulheres vítimas de homicídio, nota-se uma tendência de mortalidade similar àquela encontrada para as vítimas de suicídio, em que há uma ocorrência visivelmente maior entre as classificadas como solteiras, em todo o período considerado. Observa-se, também, uma relativa estabilidade na proporção de mortes nos quatro primeiros anos do estudo, de 1980 a 1995, após o que, esta proporção sofre um considerável aumento em 2000 e 2004, sendo que a categoria encerra o período com uma importância maior que em seu início. Entre as

mulheres casadas, que aparecem em segundo lugar na frequência de mortes por homicídios, mesmo havendo um grande aumento no número absoluto de mortes de 1980 a 1995, vê-se uma contínua diminuição em sua participação na proporção dos óbitos de 1985 a 2004. Terminam, assim, com uma proporção de mortes menor que a apresentada em 1980. Em terceiro lugar vêm as mulheres separadas judicialmente, exceto no ano de 1995. Este grupo apresenta-se variando ao longo do período, partindo de uma queda em sua proporção do primeiro para o segundo ano, subindo em 1990, diminuindo consideravelmente em 1995 e voltando a aumentar em 2000 e 2004. Apesar destes últimos aumentos, o grupo apresenta, como no grupo anterior, uma certa diminuição em sua porcentagem de mortalidade em relação ao primeiro ano considerado. As mulheres classificadas como viúvas têm uma ascensão em sua importância na mortalidade por homicídios do início do período até o ano de 1990, quando, já em 1995, passam por uma diminuição na mesma. Ainda assim, a proporção de 2004 apresenta-se maior que a inicial, em 1980. A classificação “outro” mostra certo aumento de 1985 a 2000, mas não apresenta diferença em sua participação ao se comparar o início (1980) e o fim (2004) do período, ou seja, não apresentando qualquer ocorrência nesses extremos, tal como foi visto para os suicídios. Por fim, a categoria de ignorados apresenta grande variação ao longo do período, chegando a uma porcentagem considerável no ano de 1995, mas não o suficiente para invalidar os valores dos grupos definidos. As baixas proporções de casos ignorados, vistas nos demais anos, confirmam a hipótese de ser essa (estado civil) uma variável de fácil preenchimento na DO (tabela 11).

Tabela 11 – Óbitos de mulheres de 15 a 49 anos por homicídio, segundo estado civil, Município de São Paulo, 1980/2004 (número e proporção).

Ano	Solteiro		Casado		Viúvo		Separado		Outro		Ignorado		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1980	75	62,0	35	28,9	2	1,7	5	4,1	-	-	4	3,3	121	100,0
1985	105	60,3	55	31,6	3	1,7	5	2,9	3	1,7	3	1,7	174	100,0*
1990	122	62,2	54	27,6	6	3,1	9	4,6	4	2,0	1	0,5	196	100,0
1995	208	61,4	64	18,9	10	2,9	7	2,1	12	3,5	38	11,2	339	100,0
2000	260	74,1	57	16,2	8	2,3	13	3,7	12	3,4	1	0,3	351	100,0
2004	188	80,7	27	11,6	5	2,1	9	3,9	-	-	4	1,7	233	100,0

* valor aproximado

Em trabalho de 1998, citado por VIVES et al. (2004), na Espanha, mais de 90% dos homicídios femininos foram cometidos pelos próprios parceiros das vítimas, sendo que outros autores referem, ainda, que, em mais da metade dos casos de assassinatos de mulheres, a vítima havia feito denúncias sobre seu agressor. A OMS reforça esses dados com estudos realizados em vários países, indicando que 40% a 70% dos homicídios femininos foram atribuídos aos parceiros íntimos, freqüentemente em relações consideradas abusivas previamente (KRUG et al., 2002).

Com relação à determinação das características do agente agressor, o SIM/MS não permite tal consideração. Segundo PERES e SANTOS (2005), “a ausência de informações na declaração de óbito, sobre a existência de relação entre a vítima e o agressor, impede que seja conhecida a parcela desses casos decorrentes de conflitos familiares” (p. 64). Desse modo, GAWRYSZEWSKI (2002), em seu

trabalho sobre homicídios no Município de São Paulo, cruzou dados de diferentes fontes: do SIM, do Instituto Médico Legal (IML) e de boletins de ocorrência policial (BOs), tanto para comparar as informações entre elas, quanto para complementá-las, quando o dado faltante de uma pudesse ser resgatado em outra. Tal feito possibilitou, ainda que minimamente (apenas 24,9% de preenchimento nos BOs), conhecer a motivação para se cometer o crime, sendo a maioria dos casos conhecidos, 29,6%, devidos a conflitos interpessoais de vários tipos.

Poder-se-ia dizer que a maior ocorrência de homicídios entre mulheres solteiras, encontrada no presente trabalho, enfraquece a hipótese da violência por parte do parceiro. Porém, assim como para os suicídios, não é possível dizer se as mulheres incluídas no estudo são, de fato, solteiras, ou seja, não vivem com parceiro, ou se são assim consideradas apenas para efeitos jurídicos, por não apresentarem situação marital oficialmente consumada. Assim, vale a ressalva já feita quanto ao estado civil das mulheres do estudo, em que, pela DO, não é possível saber, com certeza, a relação marital das mesmas, apenas sua situação legal. Por esse motivo, sugere-se que outros estudos possam buscar fontes alternativas de informação, como o fez GAWRYSZEWSKI (2002), citada anteriormente.

Corroborando os dados encontrados no Município de São Paulo, foi constatado, ainda que em menor proporção, em São José do Rio Preto (SP), de 1999 a 2001, assim como foi visto para os suicídios, uma maioria de mulheres solteiras (50%) como vítimas de homicídios (SABINO e SOLER, 2003). Em contraposição, no estudo realizado em Bangladesh, 87% dos óbitos de mulheres levantados na pesquisa eram de mulheres casadas, porcentagem ainda maior que aquela observada entre os suicídios. Os autores deste último trabalho discutem o fato fazendo

referência a outros artigos que apontam casos de homicídio feminino na Índia como resultado de conflitos maritais ou familiares (YUSUF et al., 2000).

4.3.3 Tipos

Na tabela 12 vê-se que de 1980 a 1990 os óbitos de tipo ignorado detém a maior parte dos óbitos por homicídio das mulheres do estudo. Por causa disso, os valores observados nas outras categorias ficam comprometidos, apresentando-se de maneira consideravelmente subestimada e dificultando a real observação das causas básicas de morte. A partir de 1995, porém, essa proporção decresce consideravelmente, devido à melhora na qualidade da informação, ao longo do tempo, pelos esforços contínuos dos órgãos responsáveis pela coleta dos dados (LAURENTI et al., 2006), citando, especialmente, o trabalho do PRO-AIM, no Município de São Paulo, após 1990, como já referido previamente.

Tabela 12 – Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, por homicídio, segundo tipo, Município de São Paulo, 1980/2004 (número e proporção).

Ano	Enforcamento		Arma Fogo		Fogo		Faca e assemelhados		Objeto contundente		Veículo motor		Luta corporal		Agressão sexual		Ignorado		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1980	4	3,3	19	15,4	-	-	6	4,9	1	0,8	1	0,8	1	0,8	-	-	91	74,0	123	100,0
1985	2	1,1	45	25,4	-	-	16	9,0	7	4,0	-	-	-	-	-	-	107	60,5	177	100,0
1990	6	2,9	63	30,1	2	1,0	19	9,1	6	2,9	-	-	-	-	-	-	113	54,1	209	100,0*
1995	5	1,4	158	45,5	1	0,3	41	11,8	85	24,5	-	-	1	0,3	-	-	56	16,1	347	100,0*
2000	7	1,9	203	55,9	1	0,3	28	7,7	25	6,9	-	-	-	-	-	-	99	27,3	363	100,0
2004	6	2,5	146	59,8	3	1,2	32	13,1	8	3,2	-	-	-	-	1	0,4	48	19,7	244	100,0*

* valor aproximado

Excluindo-se os ignorados, chama à atenção o fato de, em todos os anos estudados, as mortes por “arma de fogo” aparecerem disparadamente em primeiro lugar em relação às outras causas, sendo que há um aumento progressivo a cada ano, variando de 15%, em 1980, até 60%, em 2004, o que pode ser devido, também, à diminuição dos casos ignorados. GAWRYSZEWSKI (2002), por exemplo, encontrou, para o mesmo ano e local (Município de São Paulo, em 2000), diferenças entre as porcentagens nos homicídios (femininos e masculinos) por arma de fogo em suas três fontes de informações: 57,7% segundo as DOs, subindo para 69% quando obtidos por meio dos BOs e 90,1% de acordo com o IML, considerado a fonte mais fidedigna (“padrão ouro”). É interessante perceber, no presente estudo, que, em 2004, mesmo tendo diminuído o número absoluto de mortes por arma de fogo em relação ao ano anterior (2000), sua porcentagem mostra-se maior que a deste mesmo ano, o que significa um aumento na importância deste tipo de homicídio em relação aos outros meios possíveis.

Ainda sobre o aumento dos homicídios por armas de fogo, GAWRYSZEWSKI (2002), afirma que:

a maior facilidade de acesso às armas de fogo, realmente, tem o poder de impulsionar o número de mortes por homicídios, visto a alta letalidade desse meio, determinando menores chances de defesa ou fuga para as vítimas quando comparadas, por exemplo, com as armas brancas. No entanto, arma de fogo é somente um *meio* para a perpetração do crime; é preciso *gente* para puxar o gatilho. Costa MR (1999) aponta que as altas taxas de homicídio nos Estados Unidos não devem ser única e exclusivamente atribuídas à maior liberdade de acesso às armas de fogo, pois, em Israel e na Suíça, onde a população também tem acesso a esse tipo de armas, os níveis de homicídio não se comparam com os daquele país. Com certeza, outros elementos devem ser agregados para essas ocorrências (p. 50-51).

Essa constatação aponta para as outras questões envolvidas nos homicídios, independente do meio utilizado, como sua motivação, por exemplo, mostrando a

necessidade de se identificar, e criar instrumentos sociais para trabalhar, as causas de tais ocorrências, muito mais do que seus efeitos.

Em segundo lugar em todos os anos de estudo como causa de morte das mulheres por homicídio (exceto em 1995, quando vem na terceira posição), ainda que bastante distante, proporcionalmente, da primeira causa, vê-se, similarmente ao trabalho de GAWRYSZEWSKI (2002), a utilização de “faca e assemelhados”. Esta causa também cresce em importância ao longo do tempo, iniciando com 4,9% em 1980 e terminando em 2004 com 13,1%.

Os achados relatados até aqui, quanto aos meios mais utilizados, concordam e dão continuidade aos de MELLO JORGE (1981) para os homicídios femininos, de 1960 a 1975, em São Paulo. Na Venezuela, de 1936 a 1968, a arma branca aparecia como objeto de preferência para concretização dos homicídios, após o que, foi superada pela arma de fogo, com algumas variações regionais (RENDON, 1987). Este último método (arma de fogo) prevaleceu, também, em 2002, em 73% dos homicídios femininos nas capitais brasileiras, caracterizando-se, de maneira geral, como método imediatamente fatal, seguindo-se a arma branca em outros 14% de casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a; RIBEIRO, 2005).

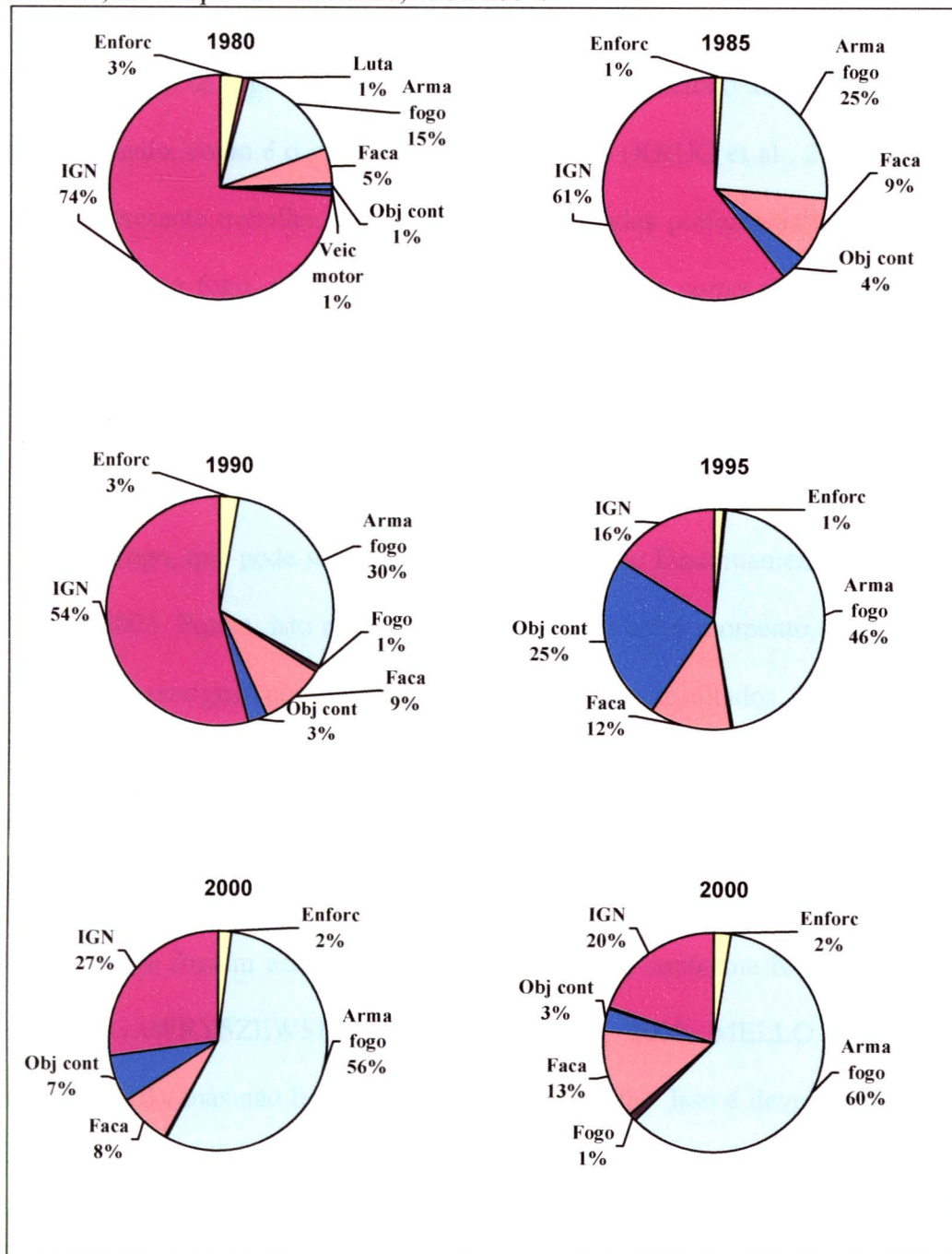
A seguir, os homicídios realizados por meio de “objeto contundente” têm certa expressão em todos os anos observados, mas adquire força especial no ano de 1995, em que figura em segundo lugar, tendo aparecido em quase 25% das mortes femininas. Da mesma forma, os homicídios por “enforcamento, estrangulamento e sufocação” são vistos em todos os anos considerados, ainda que com pouca expressão e de forma bastante oscilante entre os anos. As mortes por “fogo” só aparecem a partir de 1990, igualmente raras. Vêm-se apenas duas ocorrências de

óbitos por luta corporal, a primeira em 1980 e a última em 1995. Por fim, as categorias de homicídio por “veículo motor” e por “agressão sexual por meio de força física” têm uma ocorrência cada dentre os anos citados, em 1980 e em 2004, respectivamente.

No Município de Cascavel (PR), no sul do país, de 1991 a 2000, foi encontrado o mesmo padrão nos meios para a concretização de homicídios contra mulheres, ou seja, em primeiro lugar as armas de fogo, seguidas pelas armas brancas (faca e assemelhados) e, por fim, os objetos contundentes, com uma participação menor, na terceira posição (CARDOSO, 2005; CARDOSO e FAÚNDES, 2006).

O conjunto de figuras a seguir (Figura 6) aponta os instrumentos utilizados no homicídio das mulheres ao longo do tempo.

Figura 6 – Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos por homicídio, segundo meio escolhido, Município de São Paulo, 1980/2004.



É discutido que a escolha do meio para o homicídio é influenciada por fatores culturais e pela disponibilidade dos meios ou armas. Assim, países com livre ou fácil acesso a armas de fogo podem ter a frequência desse método aumentada, ou mesmo predominando, como é o caso dos Estados Unidos (KRUG et al., 2002) e como foi visto no presente trabalho. Alguns meios empregados preferencialmente em outros países, como o fogo, na Índia, podem ser disfarçados como acidentes domésticos (KRUG et al., 2002).

Ainda com relação à disponibilidade dos métodos, considerando os anos deste estudo, entre 2000 e 2004 vê-se uma diminuição do número absoluto de mortes por armas de fogo, que pode ser resultado do Estatuto do Desarmamento, instaurado no final de 2003. Porém, isto não se reflete, ao menos até o momento, nas proporções. Há que se averiguar continuamente para avaliar os resultados da implementação desse e de outros programas.

Foi pesquisada, neste trabalho, a ocorrência de homicídios decorrentes de “intervenções legais e operações de guerra” (códigos: E970 da CID 9 e Y35 da CID 10), para que fossem acrescentados aos homicídios, conforme recomendam alguns autores (GAWRYSZEWSKI e MELLO JORGE, 2000; MELLO JORGE, 1981; RIPSA, 2002), mas não houve nenhum registro destas. Isso é devido ao fato de que as mulheres são menos propensas a se envolverem em situações deste tipo.

4.4 VIOLÊNCIA E CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Como foi previamente explicitado, a constatação da ocorrência de mortes durante a gestação ou puerpério, na DO, foi possível, apenas, a partir de 1996, quando da inserção das variáveis de número 43 e 44 no referido documento. Daí em diante, a DO poderia servir como fonte para os estudos relacionados à mortalidade de mulheres no ciclo gravídico-puerperal e suas causas. No entanto, estudos têm mostrado que, até o momento, o preenchimento destas caselas, quando ocorre, é insatisfatório, tendo sido verificado 49,5% e 51,8% de não preenchimento ou, então, um predomínio de óbitos com informação ignorada em até 89,3% e 91,4% dos casos, respectivamente, para as variáveis 43 e 44 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a; LAURENTI et al., 2000). Tal fato dificulta que seja feita uma associação entre a presença de gravidez e as possíveis causas de morte relacionadas, inclusive as mortes violentas, a partir desse método.

Apesar disso, deve-se insistir no aprimoramento da qualidade dessa informação na DO. Um exemplo disso é que, em Aracaju, BOHLAND (2003) atestou um preenchimento de aproximadamente 11%, em média, para as referidas variáveis, dentre as DOs avaliadas em seu estudo; entretanto, verificou-se, ao longo do tempo, uma melhora nesse preenchimento, variando de 1% a 45,6%, de 1995 a 2001.

A importância de se verificar a existência de violência durante esta fase decorre das conseqüências deletérias que isso pode trazer, não só para a mulher, mas para o bebê por quem ela é responsável, tendo sido relacionados a tais

acontecimentos casos de abortos, natimortos, partos prematuros e baixo peso ao nascer, atraso no desenvolvimento do bebê, lesões fetais, hemorragia materna e fetal, ruptura do útero, fígado ou baço (COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS, 1992; KRUG et al., 2002; LACEV, 2007). Além disso, há estudos que associam a este período a violência fatal dos homicídios e suicídios, como será visto adiante.

Apesar da pouca fidedignidade dos dados, buscou-se saber, dentre os suicídios e homicídios ocorridos no Município de São Paulo, em 2000 e 2004, se houve e em que proporção essas mortes ocorreram durante o ciclo gravídico- puerperal.

4.4.1 Suicídios e Homicídios na Gravidez e Puerpério

Como pode ser verificado na tabela 13, a precariedade das informações, vista nas porcentagens das categorias “ignorado” e “não informado”, impede saber se a ausência de ocorrências de suicídios durante a gravidez corresponde, de fato, à realidade, para os anos considerados, ou se é reflexo da sub-notificação dos casos. O mesmo ocorre para o período puerperal, em que 100% dos casos foram classificados como ignorados ou não informados em 2000 e 2004, situação difícil de aceitar como real, considerando a influência do parto/puerpério sobre o psiquismo da mulher, levando, em alguns casos, à conhecida depressão pós-parto.

Tabela 13 – Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, por suicídio, segundo presença de gravidez, Município de São Paulo, 2000/2004 (número e proporção).

Ano	Grávida		Não grávida		Ignorado		Não inform		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2000	-	-	6	8,0	69	92,0	-	-	75	100,0
2004	-	-	16	26,7	6	10,0	38	63,3	60	100,0

Outros estudos têm, no entanto, apontado para um risco mais baixo de suicídios entre mulheres grávidas do que acontece na população geral. Isso foi referido para a cidade de Nova York, de 1990 a 1993, onde tal risco estava diminuído em 1/3 para as mulheres grávidas em relação às não grávidas do mesmo grupo etário (MARZUK et al., 1997). Na população finlandesa, de 1987 a 2000, foi constatado um declínio nas mortes por causas externas, em geral, entre mulheres grávidas, que tiveram, também, mortalidade mais baixa por essas causas que mulheres não grávidas (GISSLER et al., 2005).

Neste sentido, tem-se discutido a possibilidade de a gravidez funcionar, até mesmo, como um fator protetivo para essa causa e alguns pesquisadores vêem, nessa associação, uma oportunidade ou um modelo para se investigar outros possíveis fatores de prevenção contra o suicídio entre as mulheres na população geral (GISSLER et al., 1996; MARZUK et al., 1997). MARZUK et al. (1997) consideram que, se a taxa de depressão não difere entre as duas populações e mulheres grávidas têm a mesma probabilidade de experimentar impulsos suicidas que as não grávidas, mas costumam agir menos nesta direção, é possível que a gravidez contenha um “fator inibidor de comportamento” (*behavioral inhibitory factor*) e apontam,

inclusive, fatores biológicos (como níveis de serotonina) característicos desta fase que podem contribuir para tais efeitos.

Em contrapartida, apesar de não se ter conseguido observar tal fato neste estudo, existe a possibilidade de um risco aumentado para o suicídio após o parto, em comparação com as mulheres que se encontram fora desse período, associado, entre outros fatores, ao estado de psicose ou depressão puerperal, como referido anteriormente.

Em estudo realizado na Finlândia, em 1987-1994, o risco de uma mulher cometer suicídio após o parto foi metade daquele encontrado para as mulheres não vivenciando o ciclo gravídico. Entretanto, entre as mulheres com menos de 20 anos, o risco após o parto foi quase três vezes maior que o encontrado para mulheres, da mesma idade, na população geral. Além disso, após vivenciar um aborto, o risco ficou, igualmente, três vezes maior que o das mulheres na população geral, da mesma faixa etária (GISSLER et al., 1996). Tal fato pode estar ligado aos conflitos emocionais relacionados tanto à imaturidade para a maternidade, entre as mais jovens, quanto à possibilidade de uma gestação não planejada, ocorrendo em ambos os grupos, ou seja, o das adolescentes e daquelas mulheres que optaram pela realização do aborto. Sobre estas últimas, sabe-se, ao contrário da opinião popular, que, apesar de terem escolhido interromper a gravidez, passam, em todos os momentos do processo (antes, durante e depois), por grande conflito interno, gerador de intensa dor psíquica, ainda que latente, ou seja, que não possa ser percebida, pela própria pessoa ou pelos outros a sua volta. Há casos em que a mulher se arrepende da decisão tomada; mas, ainda que isto não aconteça, dificilmente as mulheres que

passam por um aborto o fazem sem algum tipo de sofrimento (devido, até mesmo, às regras sociais internalizadas), sendo que muitas referem nunca esquecer tal vivência.

Quanto à ocorrência de homicídios perpetrados contra mulheres durante o período gestacional, nota-se, aparentemente, uma ligeira queda (cerca de 10%) nas ocorrências de um ano para o outro (tabela 14). Porém, assim como para os suicídios, o conhecimento da verdadeira incidência de tais episódios fica prejudicado, dado o considerável mau preenchimento dessa variável em 2000 e 2004. Quanto ao puerpério, as DOs de mulheres que morreram por homicídio tiveram, neste estudo, para os anos considerados, a variável 44 preenchida como caso “ignorado” ou, ainda, ausência de preenchimento.

Tabela 14 – Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos, por homicídio, segundo presença de gravidez, Município de São Paulo, 2000/2004 (número e proporção).

Ano	Grávida		Não grávida		Ignorado		Não inform		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2000	8	2,2	40	11,0	310	85,4	5	1,4	363	100,0
2004	5	2,0	59	24,2	15	6,1	165	67,6	244	100,0

Os estudos referentes à ocorrência de homicídios durante a gestação, diferente dos suicídios, apontam para um aumento no risco nesta fase em comparação com as mulheres não gestantes. Em Maryland, nos Estados Unidos, de 1993 a 1998, o homicídio foi a causa principal de mortes associadas à gestação, com 20,2% dos casos, apresentando uma importância ainda maior (43,4%) quando tomados apenas

os óbitos ocorridos durante a gravidez; em contrapartida, foi identificado como a quinta causa de morte (6,4%) dentre todas as mortes entre mulheres não grávidas da mesma faixa de idade, 14-44 anos (HORON e CHENG, 2001). As autoras identificam, ainda, que o grupo de mulheres grávidas apresentou idade menor, o que vai ao encontro de outros artigos previamente citados no presente trabalho, que associam os relacionamentos conflituosos a idades mais jovens, por sua vez, freqüentemente relacionadas à imaturidade. No mesmo país, no Distrito de Columbia, em 1988-1996, os homicídios foram a maior causa de morte tanto entre mulheres grávidas quanto para não grávidas do mesmo grupo etário (15-50 anos), mas apresentaram 11% de óbitos a mais no primeiro grupo (43% contra 32%, respectivamente), embora essa diferença não tenha sido estatisticamente significativa. Além disso, as gestantes mortas por essa causa violenta tiveram mais óbitos por arma de fogo (75% contra 61%) (KRULEWITCH et al., 2001). Assim como em Maryland, as mulheres do estudo que apresentaram evidência de gravidez tinham 3,3 vezes mais chances de serem adolescentes.

Frye (2001) relaciona outras pesquisas, datando desde 1986, em que o homicídio variou de 13% a 26% dos óbitos ocorridos na gestação. Algumas diferenças nas proporções de óbitos podem ser explicadas pela metodologia utilizada na coleta dos dados.

No estudo da mortalidade de mulheres em idade fértil, nas capitais brasileiras, no primeiro semestre de 2002, RIBEIRO (2005) afirma que, apesar de haver casos de homicídio e suicídio ocorrendo durante o ciclo gravídico-puerperal, não é possível, a partir dos dados obtidos, inferir relação causal entre tais ocorrências e a referida fase.

Sobre a violência não fatal nesta mesma fase da vida da mulher, BONOMI (2003), entrevistando gestantes antes da consulta pré-natal, em duas cidades do interior do Estado de São Paulo, encontrou uma prevalência de 4,2% das participantes tendo sofrido algum tipo de violência física durante a gravidez em curso, sendo que, em alguns casos, a violência começou após o início daquela gestação. Esses achados são corroborados por pesquisas internacionais reportando uma variação de 4% a 8% de gestações acometidas por esse mal (GAZMARARIAN et al., 1996), havendo outros trabalhos que chegaram a relatar em torno de 17% (MCFARLANE et al., 1992); mais uma vez, essas diferenças podem ser explicadas, entre outros fatores, por diferenças metodológicas.

4.5 OUTRAS CONSIDERAÇÕES SOBRE SUICÍDIOS E HOMICÍDIOS

Alguns autores relacionam variáveis não contempladas neste estudo, como é o caso de MARÍN-LEÓN e BARROS (2003), que não encontraram, salvaguardadas as devidas limitações mencionadas, diferenças significativas no nível socioeconômico das pessoas que cometeram suicídio, ao contrário, discutem as autoras, do que se observa para os homicídios.

Outro ponto, discutido por MELLO JORGE (1981), refere-se às características temporais da violência, ou seja, em que meses, dias da semana e horas deflagra-se um maior número de ocorrências. Neste sentido, vê-se que, de 1960 a 1975, os anos do estudo apresentam meses predominantes distintos, não sendo

possível atribuir a uma época específica do ano, um maior risco para estes acontecimentos. Quanto aos dias da semana, houve, para o suicídio, maiores ocorrências na quinta feira e no sábado e uma menor incidência dos casos no domingo, havendo, ainda, preferência pelo período diurno, o que deixa maior margem para prevenção, pela maior possibilidade de contato com outras pessoas que poderiam evitar a consumação do fato. Entre os homicídios, a autora observa aumento das agressões nos finais de semana (sábado e domingo) e nas primeiras horas da noite (18-24h) e refere outros estudos que relacionam tal período com um aumento no consumo de álcool, favorecendo a ocorrência de tais episódios. Assim como esta autora, VIVES et al. (2004) não encontraram, na Espanha, de 1998 a 2003, correlação entre a mortalidade por violência de parceiro íntimo e os meses ou estações do ano, porém, identificam a segunda feira como o dia em que há maior risco de morrer por esta causa. Este último aspecto, no entanto, pode não necessariamente indicar uma maior incidência da violência na segunda feira, mas retratar o momento mais crítico para as conseqüências das agressões perpetradas durante o final de semana anterior.

Ainda, sobre a ocupação das mulheres vítimas de mortes violentas, vê-se, no artigo de SABINO e SOLER (2003), 87,5% dos homicídios e 66,7% dos suicídios tendo recaído sobre mulheres que não exerciam atividades remuneradas (“do lar” e estudantes); no estudo realizado nas capitais brasileiras, em 2002, 30% das mulheres que cometeram suicídio não trabalhavam fora de casa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a). Sugerem YUSUF et al. (2000), citando outros autores, que a dependência econômica das mulheres em relação aos homens enfraquece sua capacidade de

proteção contra pressões indevidas exercidas por parceiros, família e sociedade, além de intensificar sentimentos de baixa auto-estima e outros estresses psicológicos.

As variáveis mencionadas não puderam ser discutidas neste trabalho, pelo fato de o banco de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) na Internet, utilizado aqui como fonte, não disponibilizar tais informações, considerando, ainda, que algumas delas não constam como variáveis da DO.

Todavia, poderiam ser levantadas hipóteses sobre o nível socioeconômico a partir do nível educacional apresentado pelas vítimas; porém, isto é dificultado, no presente estudo, devido à quebra na série histórica, para essa variável, quando da modificação na DO, em 1996, da classificação quanto aos anos escolares cursados pelos indivíduos. Além disso, SABINO e SOLER (2003) não conseguiram trabalhar com tal variável, dado que encontraram 93,8% de casos classificados como ignorados na DO, relativos ao grau de instrução das mulheres de sua pesquisa em São José do Rio Preto-SP. Já na pesquisa do MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006a), os suicídios foram realizados por mulheres que tinham completado o primeiro grau (ensino fundamental) ou cursavam ensino superior, respectivamente, em 30% e 20% dos casos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES

O estudo da mortalidade por causas violentas configura-se em um dos meios para se tentar compreender o complexo fenômeno que é a violência. Para isso, é extremamente necessário contar com boa qualidade de informação, algo que vem ocorrendo progressivamente no Município de São Paulo, especialmente devido à ajuda de órgãos como o PRO-AIM.

Foi observado, para o Município de São Paulo, no período de estudo, uma inversão da importância entre os tipos de causas externas na mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, passando a predominar, na década de 90, os homicídios, em franca ascensão no final do século XX, ultrapassando os acidentes de trânsito. Assim, os homicídios, nesta pesquisa, apresentaram um aumento de 50%, no período de 1980 a 2004, sendo que, até 2000, esse acréscimo chega a alcançar 130%. Ainda com relação ao homicídio, embora se reconheça, em 2004, um declínio em relação aos dois anos antecedentes, dado o grande aumento sofrido anteriormente, faz-se necessário atentar para os anos que virão, a fim de confirmar ou excluir uma possível nova tendência de declínio para esse tipo de morte, em relação a essa população.

Os suicídios femininos, por sua vez, apresentaram-se em declínio, de modo a diminuir seu coeficiente em mais da metade, em pouco mais de duas décadas. Uma possível explicação (admitindo-se a não influência do aumento dos ignorados) pode ser a já conhecida maior participação da mulher no mercado de trabalho, contribuindo para a sua autonomia e, conseqüentemente, o aumento de sua autoestima, possibilitando a criação de novos recursos e favorecendo, assim, a queda nas

taxas dessa mortalidade. Apesar disso, deve-se lembrar da sub-enumeração que ocorre para esses casos, dada a dificuldade de se reconhecer certos óbitos como sendo por essa causa.

Das mulheres que recorrem ao suicídio, como única forma encontrada para o alívio de sua dor, neste estudo foi verificada uma maioria de solteiras, segundo a DO, seguidas pelas casadas, na segunda posição. Isso leva a duas hipóteses distintas: por um lado, pode-se encontrar, no seio da família e nas pessoas a sua volta, uma forma de proteção contra os sofrimentos mais íntimos e profundos e os sentimentos de desesperança; por outro, entende-se os lares desestruturados e as relações conflituosas deles derivadas como possíveis facilitadores dos comportamentos suicidas. Os mesmos resultados são vistos para os homicídios: uma maioria de mulheres solteiras e, em segundo lugar, as mulheres casadas. No caso do último grupo, pode-se hipotetizar, novamente, sobre a existência de relacionamentos conflituosos e a presença de violência conjugal; porém entre as primeiras, as hipóteses ficam prejudicadas por não se conhecer, de fato, a situação marital em que vivem.

Quanto às faixas etárias mais atingidas por essas fatalidades, os mais altos coeficientes de suicídio concentram-se entre as mulheres de 40 a 49 anos, acompanhadas pela faixa dos 20 aos 29 anos, o que pode ser justificado por problemas relacionados a cada uma dessas fases da vida. Já os homicídios ocorrem, predominantemente, na faixa dos 20 aos 29 anos (com exceção de 1980), sendo que as outras faixas etárias alternam-se na segunda posição ao longo dos anos estudados; o maior incremento nessa mortalidade, porém, é visto entre as mulheres mais velhas, de 40 a 49 anos (1000%).

Os meios predominantemente escolhidos para o suicídio pelas mulheres de 10 a 49 anos, de 1980 a 2000, foram “enforcamento, estrangulamento e sufocação”, mas foram substituídos, em 2004, por “precipitação de lugar elevado”; “arma de fogo” aparece, também, com alguma expressão nos anos de estudo. Entretanto, os homicídios, que lideram as causas violentas de óbito, mostram a influência das armas de fogo como objeto causador da morte; os “instrumentos cortantes e penetrantes” e os “objetos contundentes” seguem com alguma relevância, ainda que bem menor que as armas de fogo. Assim, é necessário avaliar a disponibilidade dos meios pelos quais se dá a concretização dessas violências, de modo que se torne possível preveni-las com maior eficácia.

A morte de mulheres durante o período da gravidez adquire especial relevância por ocasionar, a uma só vez, duas mortes. Apesar dos inúmeros trabalhos internacionais sobre as mortes violentas na gestação, no Brasil, os dados oficiais ainda não permitem que se possa estudar o assunto adequadamente, o que mostra a necessidade urgente de se investir na melhoria dessas informações, especialmente por meio do correto preenchimento da variável correspondente na DO.

Dada a importância de estudos epidemiológicos que contribuem para a caracterização e identificação das variáveis ou fatores mais ligados ao fenômeno da violência contra a mulher, assim como para a população geral, urge que se apóie a continuidade dos mesmos, a fim de subsidiar a elaboração de políticas públicas de assistência e prevenção.

6 REFERÊNCIAS

- Appleby L. Suicide in women [commentary]. *Lancet*. 2000;355:1203-4.
- Araújo MF. Atendimento a mulheres e famílias vítimas de violência doméstica. *Perfil: Rev Psicol Dep Psicol Clín, UNESP*. 1996;9:7-17.
- Bandura A. *Aggression: a social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1973.
- Basso AFT. A violência denunciada contra a mulher na cidade de São Carlos. [Monografia de conclusão de bacharelado em Psicologia]. São Carlos, SP: Departamento de Psicologia da UFSCar; 1999.
- Brasil. *Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
- Bohland AK. Óbitos de mulheres em idade fértil em Aracaju (SE): estratégias para melhorar a qualidade da informação. [tese de doutorado]. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP; 2003.
- Bonomi MR. Caracterização da violência conjugal durante o período de gravidez em mulheres com histórico de violência doméstica. [Monografia de conclusão de bacharelado em Psicologia]. São Carlos, SP: Departamento de Psicologia da UFSCar, 2003.
- Camargo ABM, Ortiz LP, Fonseca LAM. Evolução da mortalidade por acidentes e violências em áreas metropolitanas. In: Monteiro CA, organizador. *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, Nupens/USP; 2000.
- Camargo ABM. Mortalidade por causas externas no Estado de São Paulo e suas regiões. [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2002.
- Cardoso MP. Mortalidade feminina em idade fértil no Município de Cascavel – PR no período de 1991 a 2000. [tese de doutorado]. Campinas, Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 2005.
- Cardoso MP, Faúndes A. Mortalidade de mulheres em idade fértil devido a causas externas no Município de Cascavel, Paraná, Brasil, 1991 a 2000. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(10):2241-8.

Cassorla RMS. Jovens que tentam suicídio – características demográficas e sociais: um estudo comparativo com jovens normais e com problemas mentais. *J Bras Psiquiatr.* 1984;33(1):3-12.

Chauí M. *Repressão sexual: essa nossa (des)conhecida.* São Paulo: Brasiliense; 1991.

Council on Scientific Affairs. Violence against women: relevance for medical practitioners. *Journal of the American Medical Association.* 1992;267:3184-9.

Couto MT e Schraiber LB. Homens, saúde e violência: novas questões de gênero no campo da saúde coletiva. In: Minayo MCS e Coimbra Jr CEA, organizadores. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

Datusus [homepage na internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [acesso em 2006]. Disponível em: <http://www.datusus.gov.br>

Durkheim E. *O suicídio.* São Paulo: Martin Claret; 2005.

Escrivão Jr A, Lira MMTA. PRO-AIM: programa de aprimoramento das informações de mortalidade no Município de São Paulo. *Saúde Deb.* 1990;(30):72-5.

Faria NMX, Victora CG, Meneghel SN, Carvalho LA, Falk JW. Suicide rates in the State of Rio Grande do Sul, Brazil: association with socioeconomic, cultural and agricultural factors. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(12):2611-21.

Faúndes A, Parpinelli MA, Cecatti JG. Mortalidade de mulheres em idade fértil em Campinas, São Paulo (1985-1994). *Cad Saúde Pública.* 2000;16(3):671-9.

Frye V. Examining homicide's contribution to pregnancy-associated deaths [editorials]. *JAMA.* 2001;285(11):1510-1.

Fuller N. She made me go out of my mind: marital violence from the male point of view. *The Society for International Development.* 2001;44:25-9.

Fundação Nacional de Saúde. *Sistema de Informação sobre Mortalidade: 1998-2004 [CD-ROM].* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

Gawryszewski VP. *Homicídios no Município de São Paulo: perfil e subsídios para um sistema de vigilância epidemiológica.* [tese de doutorado]. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP; 2002.

Gawryszewski VP, Mello Jorge, MHP. Mortalidade violenta no Município de São Paulo nos últimos 40 anos. *Rev Bras Epidemiol.* 2000;3(1-3):50-69.

Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA.* 1996;275:1915-20.

Gissler M, Hemminki E, Lönnqvist J. Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: register linkage study. *BMJ*. 1996;313:1431-4.

Gissler M, Berg C, Bouvier-Colle MH, Buekens P. Injury deaths, suicides and homicides associated with pregnancy, Finland 1987-2000. *Eur J Public Health*. 2005;15(5):459-63.

Goethe JW. Os sofrimentos do jovem Werther. Porto Alegre: L&PM; 2001.

Gomide PIC. A influência de filmes violentos em comportamento agressivo de crianças e adolescentes. *Psicol Reflex Crít* [periódico na internet]. 2000 [acesso em 12 abril 2007];13(1):127-141. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722000000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Grossi R, Vansan GA. Mortalidade por suicídio no município de Maringá (PR). *J Bras Psiquiatr*. 2002;51(2):101-11.

Heise LL. Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence Against Women*. 1998;3:262-290.

Horon IL, Cheng D. Enhanced surveillance for pregnancy-associated mortality – Maryland, 1993-1998. *JAMA*. 2001;285(11):1455-59.

Kirschbaum Kasten A, Solar-T F, Zepeda-F G, Escobar C. Suicídio em Santiago de Chile. *Psiquiatr Salud Ment*. 2002;19(4):197-203.

Krug EG et al, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.

Krullewitch CJ, Pierre-Louis ML, Leon-Gomez R, Guy R, Green R. Hidden from view: violent deaths among pregnant women in the District of Columbia, 1988-1996. *J Midwifery Womens Health*. 2001;46(1):4-10.

LACEV-Latin American Coalition to End Violence. Pregnancy – are you pregnant? You and your baby deserve to be safe: violence during pregnancy [documento na internet]. Toronto: Education Wife Assault;[s.d.][acesso em 12 abril 2007]. Disponível em: <http://www.womanabuseprevention.com/html/pregnancy.html>.

Laurenti R. Marcos referenciais para estudos e investigações em mortalidade materna. *Rev Saúde Pública*. 1988;22(6):507-12.

Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. Mortes maternas no Brasil: uma análise do preenchimento de variável da declaração de óbito. *Inf Epidemiol SUS*. 2000;9(1):43-50.

Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. O sistema de informações sobre mortalidade: passado, presente e futuro. São Paulo: CBCD; 2006. (Série Divulgação, 11).

Marín-Leon L, Barros MBA. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(3):357-63.

Maris RW. Suicide. *Lancet*. 2002;360:319-26.

Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC, Hirsch CS, Portera L, Hartwell N et al. Lower risk of suicide during pregnancy. *Am J Psychiatry*. 1997;154(1):122-3.

McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy: severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA*. 1992;267:3176-8.

Meichenbaum D. A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder (PTSD). Waterloo: Institute Press; 1994.

Mello Jorge MHP. Mortalidade por causas violentas no Município de São Paulo, Brasil: I – Mortes violentas no tempo. *Rev Saúde Pública*. 1980;14:343-57.

Mello Jorge MHP. Mortalidade por causas violentas no Município de São Paulo, Brasil: III – Mortes intencionais. *Rev Saúde Pública*. 1981;15(2):165-93.

Mello Jorge MHP, Cascão AM, Silva RC. Acidentes e violências: um guia para o aprimoramento da qualidade de sua informação. São Paulo: CBCD; 2003. (Série Divulgação, 10).

Mello Jorge MHP e Koizumi MS. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no estado de São Paulo, 2000. *Rev Brasileira Epidemiol*. 2004;7:228-238.

Mendez-V JC, Opgaard-J A, Escalier S, Escobar C, Reyes J, Zamora L et al. Epidemiología del suicidio en la Segunda Región de Chile. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 1997;35:465-72.

Minayo MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Souza ER e Minayo MCS, organizadores. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final. Brasília (DF); 2006a. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Banco de Dados dos Sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (SINASC): 1998 a 2004 [CD-ROM]. Brasília (DF); 2006b.

Organização Mundial da Saúde. Manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito – 9ª revisão. São Paulo: Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português; 1978.

Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – 10ª revisão. São Paulo: Edusp; 1995.

Organização Pan-Americana da Saúde. Violencia y salud: resolución nº XIX. Washington: OPAS; 1994.

Parpinelli MA, Faúndes A, Cecatti JG, Pereira BG, Passini Jr R, Amaral A. Análise da mortalidade evitável de mulheres em idade reprodutiva. RBGO. 2000;22(9):579-84.

Peres MFT, Santos PC. Mortalidade por homicídios no Brasil na década de 90: o papel das armas de fogo. Rev Saúde Pública. 2005;39(1):58-66.

Pimenta Jr FG. Violência: prevenção e controle no Brasil [editorial]. Epidemiol Serv Saúde. 2007;16(1):5-6.

PMSP-Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde. Coletânea de textos dos boletins do PRO-AIM. São Paulo: SMS; 2003.

Prieto D, Tavares M. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. J Bras Psiquiatr. 2005;54(2):146-54.

Puentes-Rosas E, López-Nieto L, Martínez-Monroy T. La mortalidad por suicidios: México 1990-2001. Rev Panam Salud Pública. 2004;16(2):102-9.

Reis AC, Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV. Mortalidade feminina por causas externas: Brasil e macro regiões – 1979 a 1999. Rio de Janeiro: Claves; 2002.

Rendon Aponte R. Las muertes violentas: aspectos epidemiológicos. Arch Venez Psiquiatr Neurol. 1987;33(68):41-9.

Ribeiro KT. Tendência da mortalidade em mulheres de 10 a 49 anos no Brasil. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2006.

Ribeiro TRTM. Mortalidade por causas externas em mulheres de 10 a 49 anos, nas capitais brasileiras. [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2005.

RIPSA-Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília (DF): OPAS; 2002.

Runyan CW e Gerken EA. Epidemiology and Prevention of Adolescent Injury. JAMA. 1989;262:2273-9.

Sabino AMNF e Soler ZASG. Violência na morte de mulheres em idade reprodutiva: revelando uma realidade em São José do Rio Preto, SP. Femina. 2003;31(3):265-71.

Saffioti HIB. Violência doméstica ou a lógica do galinheiro. In: Kupstas M, organizador. Violência em debate. São Paulo: Moderna; 1997.

Saffioti HIB e Almeida SS. Violência de gênero: poder e impotência. Rio de Janeiro: Revinter; 1995.

Sinclair D. Understanding wife assault: a training manual for counsellors and advocates. Ontario: Publications Ontario; 1985.

Siqueira AAF, Tanaka ACA. Mortalidade na adolescência com especial referência à mortalidade materna, Brasil, 1980. Rev Saúde Pública. 1986;20(4):274-9.

Siqueira AAF, Tanaka ACA, Santana RM, Almeida PAM. Mortalidade materna no Brasil, 1980. Rev Saúde Pública. 1984;18:448-65.

Soares BM. Mulheres invisíveis: violência conjugal e novas políticas de segurança. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1999.

Souza ER, Minayo MCS, Silva CMFP, Reis AC, Malaquias JV, Veiga JPC et al. Análise temporal da mortalidade por causas externas no Brasil: décadas de 80 e 90. In: Minayo MCS e Souza ER, organizadores. Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

Stubbe H, Ramos AV. O índice de mortalidade por suicídio entre viúvos. J Bras Psiquiatr. 1983;32(2):91-4.

Tavares ML. Abordagem da violência intrafamiliar no programa saúde da família. In: Lima CA, coordenador. Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Tuono VL, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD, Laurenti R. Transtornos mentais e comportamentais nas mortes de mulheres em idade fértil. Epidemiol Serv Saúde. 2007;16(2):85-92.

Vasconcelos AMN, Lima DD. A mortalidade por acidentes de trânsito no Brasil: evolução recente. In: Anais do 24º General Population Conference [evento na Internet]; 2001; Salvador, BR [acesso em 7 maio 2007]. Disponível em:

http://www.abep.nepo.unicamp.br/iussp2001/cd/GT_Pop_Saude_Vasconcelos_Lima_Text.pdf.

Villela LCM. Mortalidade por homicídios, acidentes de transporte e suicídios no município de Belo Horizonte e região metropolitana, em série histórica de 1980 – 2000. [tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2005.

Vives C, Caballero P, Álvarez-Dardet C. Análisis temporal de la mortalidad por violencia del compañero íntimo en España. *Gac Sanit.* 2004;18(5):346-50.

Watts C e Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet.* 2002;359:1232-7.

Werneck GL, Hasselmann MH, Phebo LB, Vieira DE, Gomes VLO. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(10):2201-6.

Williams LCA. Violência doméstica: há o que fazer? In: Guilhardi HJ, Queiroz PP, Pinho MBBP e Scoz AC, organizadores. *Sobre comportamento e cognição.* Santo André: ESETec Editores Associados; 2001a.

Williams LCA. Lições de Gravelina: violência fatal contra a mulher. *Olhar.* 2001b;3(5-6):124-133.

Yusuf HR, Akhter HH, Rahman MH, Chowdhury MK, Rochat RW. Injury-related deaths among women aged 10-50 years in Bangladesh, 1996-97. *Lancet.* 2000;355:1220-4.