

Mortalidade feminina por agressão no Estado do Sergipe (2000 a 2018)

Female mortality from aggression in the State of Sergipe (2000 to 2018)

Cristiano Gaujac¹

Regiane Cristina do Amaral²

Rayle Monteiro Andrade³

Resumo: Objetivo: analisar por meio de séries temporais o número de óbitos por causas externas CID 10 (Agressões) em mulheres do Estado de Sergipe nos anos de 2000 a 2018 e correlacionar com variáveis sociodemográficas. **Metodologia:** trata-se de um estudo epidemiológico em que foram utilizados dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) feminina por causas externas CID 10 (Agressões) e do Ministério da Saúde (DATASUS), segundo regionais de saúde do Estado. **Resultados:** verifica-se que houve tendência crescente de mortalidade feminina por agressão para as regionais de Estância, Itabaiana, Lagarto e Propriá. Aracaju apresentou maior quantidade de casos notificados. Ao correlacionar (correlação de Spearman) as variáveis número de habitantes, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e mortalidade infantil com os casos de mortalidade feminina por agressão, verifica-se correlação estatisticamente significativa para número habitantes em todas as regionais e para IDHM em Aracaju e Itabaiana. **Conclusão:** Houve tendência crescente dos casos de mortalidade por agressão em mulheres em 4 das 7 regionais de saúde do Estado do Sergipe, sendo correlacionado com o número de habitantes e em algumas regionais com IDHM.

Palavras chaves: Mortalidade; Mortalidade Feminina; Violência de gênero; Problemas Sociais; Agressão; Sergipe.

¹ Possui mestrado em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial pela UNESP - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2004-2006), Doutorado em implantes dentários pela UNESP - (2011-2014). Atualmente é professor do programa de pós graduação em Odontologia da Universidade Federal de Sergipe e apresenta atividade de pós-doutoramento no Programa de Pós-Graduação em Odontologia (PRODONTO) da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Email: cgaujac@gmail.com

² Possui mestrado (2010) e doutorado (2014) em Odontologia com área de concentração Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Atualmente é Professor Adjunto no Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe - Campus de Aracaju. E-mail: amaralre@yahoo.com.br

³ É Mestranda do Curso de Odontologia (PRODONTO) da Universidade Federal de Sergipe. Residência Integrada a Multiprofissional em Terapia Intensiva Adulto – Odontologia Hospitalar (Universidade Tiradentes). E-mail: rayle.monteiro@gmail.com.

Abstract: Objective: to analyze through time series the number of deaths from external causes CID 10 (Aggressions) in women from the State of Sergipe in the years 2000 to 2018 and correlate with sociodemographic variables. **Methodology:** this is an epidemiological study in which data from the Female Mortality Information System (SIM) due to external causes were used, CID 10 (Aggressions) and the Ministry of Health (DATASUS), according to the state's health departments. **Results:** it appears that there was an increasing trend in female mortality due to aggression for the regions of Estância, Itabaiana, Lagarto and Propriá. Aracaju had the highest number of reported cases. When correlating (Spearman's correlation) the variables number of inhabitants, Municipal Human Development Index (IDHM) and infant mortality with cases of female mortality due to aggression, there is a statistically significant correlation for number of inhabitants in all regions and for IDHM in Aracaju and Itabaiana. **Conclusion:** There was an increasing trend in cases of mortality from aggression in women in 4 of the 7 health regions in the State of Sergipe, being correlated with the number of inhabitants and in some regions with IDHM.

Key words: Mortality; Female Mortality; Gender-based violence; Social problems; Aggression; Sergipe.

Introdução

A violência contra a mulher, problema social e de saúde pública, advém de uma série de acontecimentos que tem como pior consequência a morte da mulher (MENEGHEL et al., 2017). Através de diferentes formas e magnitudes, a violência doméstica e familiar se faz presente, motivando graves violações de direitos humanos (MALANGA et al., 2020). De acordo com a lei 13.104/15, denomina-se feminicídio o homicídio de mulheres motivado pelo seu gênero. Considera-se que há motivação de gênero feminino quando o crime envolve violência doméstica e familiar, menosprezo ou discriminação à condição de mulher (BRASIL, 2015)

Apesar das conquistas feministas em relação aos direitos da mulher na sociedade e a implementação de algumas leis trabalhistas, ainda é visível a vulnerabilidade diante das violências cometidas pelo simples fato de ser mulher (MENEGHEL et al., 2017). Esse tipo de violência acontece com grande frequência e geralmente de forma silenciosa. Casos são subnotificados muitas vezes devido ao medo e submissão da mulher, o que resulta em dados que subestimam a realidade. Os feminicídios podem ser classificados de acordo com o vínculo entre vítima e autor do crime. Quando o autor é um homem co-

nhecido da mulher este é categorizado como íntimo; não íntimos com ou sem violência sexual; por conexão, em que uma ou mais vítimas são assassinadas na defesa de outras e execuções de mulheres praticadas por gangues, mafiosos, traficantes ou policiais (MENEGHEL *et al.*, 2017; MENEGHEL *et al.*, 2017; CARCEDO, 2010).

O Mapa da Violência mostrou que entre 1980 e 2010 foram assassinadas mais de 92 mil mulheres. Nos últimos 10 anos, foram 43,7 mil, o que significa um aumento de 230% (WAISELFISZ, 2012). Entretanto, apesar de mostrar o aumento de mortes, não indicam quantos casos são feminicídios. As vítimas com maior risco de assassinato são jovens, migrantes, negras ou pertencentes a etnias minoritárias e em condição de vulnerabilidade econômica ou social (CARCEDO, 2010; SCHRAIBER *et al.*, 2005).

Em 2018, 4.519 mulheres foram assassinadas no Brasil, o que representa uma taxa de 4,3 homicídios para cada 100 mil habitantes do sexo feminino. Entretanto foi

Seguindo a tendência de redução da taxa geral de homicídios no país, a taxa de homicídios contra mulheres apresentou uma queda de 9,3% entre 2017 e 2018. No total, dezenove das 27 UFs brasileiras tiveram redução nas taxas de homicídios de mulheres entre 2017 e 2018. As reduções mais expressivas aconteceram nos estados de Sergipe (48,8%), Amapá (45,3%) e Alagoas (40,1%). Os estados com as menores taxas de homicídios de mulheres por 100 mil habitantes, em 2018, foram São Paulo (2,0) Santa Catarina (2,6), Piauí (3,1), Minas Gerais (3,3) e Distrito Federal (3,4). No mesmo sentido, essas cinco UFs também apresentaram as menores taxas gerais de homicídios no país em 2018. O estado de Sergipe, obteve em 2017 uma redução de 11,3% dos casos de feminicídio. Esta redução, se deve à reorganização do trabalho policial desde 2015, quando se passou a promover maior articulação das agências policiais (SSP, PM, especializadas, DHPP, etc.) e uso de indicadores estatísticos e análise criminal para a construção de diagnósticos locais sobre a dinâmica da violência (IPEA, 2019).

Apesar de observar alguns dados de redução de casos de feminicídio em Sergipe, o número de mortes ainda é alto e as leis nem sempre são claras para punir o agressor. No Brasil, duas leis importantes para esse cenário de

proteção à mulher são a Lei Maria da Penha e a Lei do Femicídio. Contudo estas são tradicionalmente reativas e, consecutivamente, não abordam as normas socioculturais que promovem a violência contra as mulheres. A Lei Maria da Penha: Lei 11.340/2006 foi aprovada em sete de agosto de 2006 e entrou em vigor em 22 de setembro de 2006 (BRASIL, 2006). A lei não define penas, ela cria medidas protetivas para manter o agressor longe da vítima, é considerada então uma "ação afirmativa", ou seja, uma medida designada para combater desigualdades sociais permanentes e que podem levar ao assassinato da mulher.

Embora a lei tenha sido criada a fim de diminuir os elevados índices de violência contra a mulher, esta não foi suficiente, tendo em vista a falta de fiscalização e o frequente alarmante número de vítimas. Por essa razão foi criada a Lei do Femicídio: Lei 13.104 de nove de março de 2015, que introduz um qualificador na categoria de crimes contra a vida e altera a categoria dos chamados crimes hediondos, acrescentando nessa categoria o femicídio (BRASIL, 2015).

Diante do exposto a respeito da situação da violência contra mulher no Brasil e do grande número de agressões contra a mulher notificadas no Estado do Sergipe, o presente estudo teve por objetivo analisar por meio de séries temporais o número de óbitos por causas externas CID 10 (Agressões) nos anos de 2000 a 2018, pelas regionais de saúde e correlacionar com variáveis sociodemográficas.

Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico em que foram utilizados dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) feminina por causas externas CID 10 (Agressões) para o Estado de Sergipe nos anos de 2000 a 2018 do Ministério da Saúde (DATASUS).

Foram analisadas por meio de séries temporais a variação percentual anual da mortalidade notificada. Sergipe é dividido em 7 regiões de saúde (Aracaju, Estância, Itabaiana, Lagarto, Nossa Senhora da Glória, Nossa Se-

nhora do Socorro e Propriá), descritas no Quadro 1, e os dados foram analisados por regionais de saúde.

Quadro 1 – Regiões de saúde do estado de Sergipe e Municípios correspondentes.

Região de Saúde	Municípios
Região de Saúde de Aracaju	Aracaju, Barra dos Coqueiros, Divina Pastora, Itaporanga d'Ajuda, Laranjeiras, Riachuelo, Santa Rosa de Lima e São Cristóvão
Região de Saúde de Estância	Araúá, Boquim, Cristinápolis, Estância, Indiaroba, Itabaianinha, Pedrinhas, Santa Luzia do Itanhhy, Tomar do Geru e Umbaúba.
Região de Saúde de Lagarto	Lagarto, Poço Verde, Riachão do Dantas, Salgado, Simão Dias e Tobias Barreto.
Região de Saúde de Itabaiana	Areia Branca, campo do Brito, Carira, Frei Paulo, Itabaiana, Macambira, Malhador, Moita Bonita, Pedra Mole, Pinhão, Ribeirópolis, São Domingos, São Miguel do Aleixo e Nossa Senhora Aparecida.
Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro	Capela, Carmópolis, Cumbe, General Maynard, Japarutuba, Maruim, Nossa Senhora das Dores, Nossa Senhora do Socorro, Pirambu, Rosário do Catete, Santo Amaro das Brotas e Siriri.
Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória	Canindé de São Francisco, Feira Nova, Gararu, Gracho Cardoso, Itabi, Monte Alegre de Sergipe, Nossa Senhora da Glória, Poço Redondo e Porto da Folha.
Região de Saúde de Propriá	Amparo de São Francisco, Aquidabã, Brejo Grande, Canhoba, Cedro de São João, Ilha das Flores, Jaboatã, Malhada dos Bois, Neópolis, Pacatuba, Propriá, Santana do São Francisco, São Francisco, Telha, Nossa Senhora de Lourdes e Muribeca.

Fonte: o autor (2022)

Para calcular a variação percentual anual (VPA) das taxas, usou-se a regressão de Prais-Winsten, que prevê correção de autocorrelação de primeira ordem. A variável dependente será o logaritmo das taxas, e a variável independente serão os anos da série histórica. O cálculo da variação percentual anual das taxas será realizado com base na Fórmula 1 e Fórmula 2 para cálculo dos intervalos de confiança, como sugerido por Antunes e Waldman.

$$-1 + 10b = \Delta (1)$$

Para o cálculo dos intervalos de confiança:

$$\Delta 95 \text{ CI} = -1 + 10 (b \pm t * se) \quad (2)$$

Onde "b" corresponde à taxa de crescimento anual.

Os valores de "b" e desvio padrão (se) serão extraídos da análise de regressão, e o valor de "t" é fornecido pelo teste de distribuição t. A tendência de aumento, diminuição ou estagnação será expressa como VPA, com os respectivos intervalos de confiança (95%), e consideraremos como estacionária a tendência cujo coeficiente de regressão não foi diferente de zero ($p > 0,05$). A análise será realizada no programa Stata, versão 14.

Foram realizadas análises de correlações Spearman entre os diferentes municípios que compõem as regionais de saúde com número de habitantes (IBGE, 2020), IDHM do ano de 2010 (índice de desenvolvimento humano municipal), mortalidade infantil (IBGE 2017) e mortalidade feminina por agressão (DATASUS 2000 a 2018).

Para análise estatística foi utilizado o programa SPSS 21.0

Resultados

Foram avaliadas as Variações Percentuais Anuais (VPA) para as regionais de saúde do Estado do Sergipe dos anos de 2000 a 2018 dos casos notificados de mortalidade feminina (agressões).

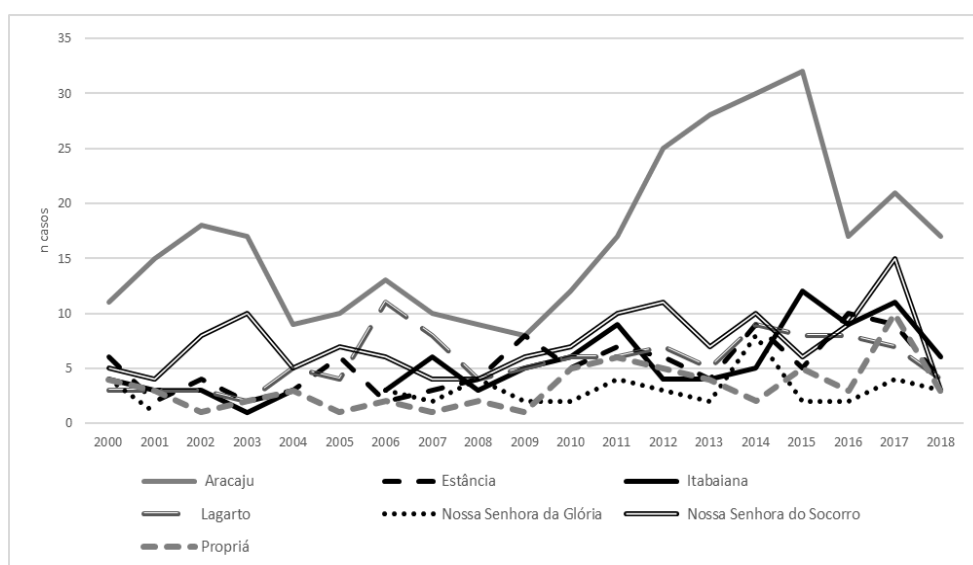
Na Tabela 1 é possível verificar que houve tendência crescente para as regionais de Estância, Itabaiana, Lagarto e Propriá, enquanto Aracaju tem maior número de casos notificados, sendo o mais populoso.

Tabela 1: Variações percentuais anuais (VPA) dos casos notificados mortalidade feminina por agressão nas regionais de saúde de Sergipe – SE. Sergipe 2000 a 2018.

Regionais	VPA	IC		tendência	óbitos
	2000-2018	min	max		
Aracaju	3,4629	-0,0215	0,0940	estacionária	319
Estância	6,0055	0,0317	0,0892	crescente	99
Itabaiana	7,7639	0,0374	0,1194	crescente	97
Lagarto	4,5807	0,0055	0,0877	crescente	108
Nossa Senhora da Glória	2,9607	-0,0037	0,0640	estacionária	47
Nossa Senhora do Socorro	2,1985	-0,0112	0,0563	estacionária	137
Propriá	5,6517	0,0017	0,1143	crescente	63

Fonte: O autor (2022)

Figura 1: Casos de mortalidade feminina por agressão notificados nas regionais de saúde de Sergipe. 2010 a 2018.



Fonte: O autor (2022)

Ao correlacionar (correlação de Spearman) as variáveis Número de habitantes, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e Mortalidade infantil com os casos de mortalidade feminina por agressão, verifica-se correlação estatisticamente significativa entre habitantes para todas as regionais, IDHM para Aracaju e Itabaiana.

Tabela 2 - Correlações com os casos notificados mortalidade feminina por agressão nas regionais de saúde de Sergipe – SE, com variáveis demográficas. Sergipe 2000 a 2018.

Regional	Habitantes		IDHM		Mortalidade Infantil	
	Número (total)	Correlação	Índice (média)	Correlação	Índice (média)	Correlação
Aracaju	865927	0,047	0,634	0,007	15,238	0,509
Estância	247617	0,008	0,580	0,514	17,158	1,000
Itabaiana	254451	0,000	0,593	0,020	21,071	0,059
Lagarto	262058	0,005	0,583	0,208	11,468	0,397
Nossa Sra. Glória	174628	0,003	0,570	0,387	11,813	0,518
Nossa Sra. Socorro	349000	0,004	0,624	0,894	15,448	0,802
Propriá	159926	0,000	0,591	0,385	21,877	0,529

Fonte: O autor (2022)

Ao analisar as regionais de saúde do Estado do Sergipe, no período de 2000 a 2018, a idade com maior prevalência de feminicídio, verifica-se entre 20 a 39 e 30 a 39 anos (Tabela 3).

Tabela 3 - Prevalência de casos notificados mortalidade feminina por agressão nas regionais de saúde de Sergipe – SE, de acordo com faixa etária. Sergipe 2000 a 2018.

Regionais	Menor a 1 ano	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 ou mais
Aracaju	2	1	2	14	38	92	79	55	23	7	5	1
Estância	-	1	2	7	14	24	27	14	4	4	2	-
Itabaiana	-	2	1	6	7	21	32	13	7	4	3	1
Lagarto	-	2	1	1	13	33	26	17	2	7	3	3
Nossa Senhora da Glória	1	-	-	2	9	12	13	8	-	1	1	-
Nossa Senhora do Socorro	2	3	1	2	21	38	30	21	9	5	2	3
Propriá	-	3	2	2	7	16	16	5	2	6	3	1

Fonte: O autor (2022)

Discussão

O Femicídio é um tema de extrema importância e os seus números devem ser analisados afim de direcionar os planos de controle e de proteção às vítimas. Segundo dados do IPEA (Instituto de Pesquisa e Ensino Avançado) no período de 2007 a 2017, os Estados que apresentaram maior taxa de crescimento de femicídio foram o Rio Grande do Norte com variação de 214,4% entre 2007 e 2017, seguido por Ceará (176,9%) e Sergipe (107,0%) (IPEA, 2019).

Em relação aos valores das taxas anuais de femicídio de 2000 a 2018, observou-se em Sergipe uma oscilação, em que alguns episódios de quedas coincidiram com as aprovações das leis Maria da Penha de 2006 e do Femicídio de 2015. Porém, nos anos subsequentes à implementação das

leis, os números permaneceram com oscilações. COSTA (2019), que analisou a evolução espaço-temporal dos feminicídios no Piauí de 2005 a 2017, observou um comportamento semelhante de queda dos casos de feminicídios em período coincidente à implementação das leis Maria da Penha e do Feminicídio. O autor ainda relata que esta diminuição também pode estar relacionada com indicadores socioeconômicos.

Os fatores demográficos têm sido relacionados com os episódios de violência contra mulher e homicídios em geral através de estudos de problemáticas socioambientais em lugares de alta periculosidade, injustiça social e pobreza (COSTA 2019). Podemos observar correlação estatisticamente significativa entre o feminicídio e número de habitantes para todas as regionais de saúde, e correlação estatisticamente significativa entre feminicídio e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) para Aracaju e Itabaiana, o que significa que aconteceu mais mortalidade em lugares que tinham o IDHM pior.

O IDHM avalia o grau de desenvolvimento alcançado por cada município em termos de qualidade de vida, educação e renda per capita. Este indicador avalia condições socioeconômicas e de qualidade de saúde da população e, por isso, foi uma das variáveis escolhidas para avaliar as características e condições humanas sobre a ocorrência do feminicídio de cada regional. No presente estudo verifica-se que a taxa de mortalidade infantil na maioria dos Estados foi maior que a média nacional (14,4) e IDHM classificado entre baixo e médio, inferior à média nacional (IBGE, 2019)

As particularidades locais têm relação com essa variação nas taxas de feminicídio e produzem barreiras para a efetivação das leis. A falta de recursos materiais e humanos e ineficiência das medidas protetivas (MENEGHEL et al., 2013) podem ser responsáveis pelo padrão oscilante do risco de violência contra a mulher no Estado. Pode-se observar a tendência crescente de mortalidade feminina por agressão para as regionais de Estância, Itabaiana, Lagarto e Propriá, com maiores casos notificados para Aracaju.

Sabe-se que em pequenas cidades no interior do país, o machismo e suas regras são mais rigorosas e as mulheres permanecem submissas, exercendo as funções designadas a elas pela questão cultural. Outro fator agra-

vante é que em uma sociedade patriarcal, há a tendência do feminicídio ser uma ação punitiva, cometido contra uma mulher que se tornou vulnerável por ter atentado contra a honra masculina, por não contar com proteção ou ainda por se comportar de maneira considerada moralmente imprópria (MENEGHEL et al., 2013).

No estudo de Marques e colaboradores (2019), o feminicídio foi estudado por meio de análise espacial do estado de Sergipe no ano de 2017. Foi observado que os municípios que apresentam as maiores taxas são representados pela região central do Estado, como o município de Ribeirópolis (35,8 óbitos para cada 100 mil mulheres) e a cidade de Santana do São Francisco (30,2 óbitos para cada 100 mil mulheres). No presente estudo, verifica-se que no período analisado, contabilizando número de casos pela população feminina (51% da população segundo IBGE), os municípios com maiores casos proporcionais são Propriá, Barra dos Coqueiros, Laranjeiras, Riachuelo, Siriri, Aquidabã, São Cristóvão, Estancia, Pedrinhas e Tobias Barreto.

No estudo de Marques e colaboradores (2019) foi apontada a prevalência de óbitos nas faixas etárias mais jovens, com destaque para a faixa entre 20 a 29 anos (31,1%). No presente estudo foi encontrada prevalência de 28% na faixa etária de 20 a 29 anos e 25% na faixa de 30 a 39 anos.

O presente estudo apresentou limitações devido ao uso de dados secundários, que não permitem ao pesquisador controlar possíveis erros decorrentes de digitação e de registro, além de possíveis subnotificações. Apesar disto, acredita-se que, por se tratar de dados nacionais oficiais e de preenchimento obrigatório em todos os serviços de saúde, seus resultados permitiram o alcance dos objetivos propostos.

A análise dos dados entre os municípios e o delineamento de programas eficazes para cada realidade é uma demanda e há um entendimento de que essa análise poderá ajudar a lidar com as brechas e dificuldades de cada região, e assim melhorar a proteção e acompanhamento que são requeridos em casos de feminicídios.

Conclusão

Nesse estudo pode-se observar que existe uma tendência crescente dos casos de mortalidade por agressão em mulheres na maioria das regionais de saúde do Estado do Sergipe. Esse resultado está correlacionado ao número de habitantes e em algumas regionais ao IDHM, sendo assim, compreende-se que apesar dos esforços legais as taxas de feminicídios continuam em constante crescimento em Sergipe.

Diante disso, sugere-se o planejamento estratégico com foco nos grupos e locais de maior risco onde táticas sejam implementadas no sentido de diminuir a violência contra mulher no estado.

Referências

ANTUNES, J. L. F; WALDMAN, E. A. Trends and spatial distribution of deaths of children aged 12-60 months in São Paulo. **Bull World Health Organ.** v. 80, n. 5, p. 391-398, 2023.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940.** Brasília: Planalto Gov Br, 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm. Acesso em: 06 jun. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 11.340, de 07 de agosto de 2006.** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília: Planalto Gov Br, 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 06 jun. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015**. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Brasília: Planalto Gov Br, 2015. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/62399/femicidio-lei-n-13-104-de-9-de-marco-de-2015>. Acesso em: 06 jun. 2022.

CARCEDO, A. **No olvidamos ni aceptamos**: femicidio en Centroamérica, 2000-2006. San José: CEFEMINA, 2010. Disponível em: <https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/bitstream/handle/10625/49649/IDL-49649.pdf?sequence=1>. Acesso em: 06 jun. 2022.

COSTA, D. R. **Evolução espaço-temporal do feminicídio no Piauí**. [s.l.]: [s.n.], 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufpi.br/xmlui/handle/123456789/2141>. Acesso em: 06 jun. 2022.

GARCIA, L. P; FREITAS, L. R. S; HOFELMANN D. A. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 22, n. 3, p. 383-394, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**: população estimada. [s.l.]: [s.n.], 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/se/aracaju.html>. Acesso em: 06 jun. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Índice de desenvolvimento humano Municipal**. [s.l.]: [s.n.], 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/se/aracaju.html>. Acesso em: 06 jun. 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas da violência**. [s.l.]: [s.n.], 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas da violência.**

[s.l.]: [s.n.], 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/19/atlas-da-violencia-2019>. Acesso em: 06 jun. 2022.

MALANGA, A. C. M.; BASTOS, C.; CALDEIRO, J. Estudo do perfil dos casos de feminicídio no Brasil no período de 2008 a 2018. **Revista Interdisciplinar de Humanidades**, v. 3, n. 5, p. 104-124, 2020.

MENEGHEL, N. A. *et al.* Feminicídios: estudo em capitais e municípios brasileiros de grande porte populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2963-2970, 2017.

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

OLIVEIRA, B. M. *et al.* Distribuição espacial da violência doméstica contra a mulher. **J Hum Growth Dev**, v. 29, n. 1, p. 102-109, 2019.

SÁ, Y. R. C. *et al.* The geography of femicide in Sergipe, Brazil: matriarchy, human development, and income distribution. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 24, supl. 1, p. 210-2016, 2021.

SCHRAIBER, L. B; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005.

WAISELFISZ, J.J. **Mapa da violência 2012: a cor dos homicídios no Brasil.** Rio de Janeiro: Cebela; Flacso; Brasília: SEPP/PR, 2012. Disponível em: https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/bitstream/192/83/1/WAISELFISZ_mapaViolencia_cor_2012.pdf. Acesso em: 06 jun. 2022.