

Perfil Epidemiológico e Sociodemográfico da Mortalidade Feminina por Agressão

em Porto Alegre
(2015-2024)



prefeitura de
PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Secretário Municipal de Saúde:
Fernando Ritter

Diretora de Vigilância em Saúde:
Aline Vieira Medeiros

Diretora-Adjunta de Vigilância em Saúde: Juliana Dorigatti

Gerente da Unidade de Vigilância Epidemiológica: Patricia Konzatti Vieira

Elaboração e Edição:
Maristela Fleck Pacheco
Patricia Konzatti Vieira

Revisão:
Patrícia Coelho
Patricia Konzatti Vieira

Editorial

A análise apresentada neste informativo contempla os óbitos de mulheres residentes em Porto Alegre ocorridos entre 2015 e 2024, inseridos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Foram considerados os registros classificados sob os códigos X85 a Y09 da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão (CID-10), correspondente a agressões.

O documento descreve as principais características epidemiológicas, sociodemográficas e percurso assistencial das mulheres que evoluíram para óbito, analisando a distribuição temporal, espacial e por grupos populacionais, com o objetivo de subsidiar o planejamento, o monitoramento e o fortalecimento das ações de prevenção e enfrentamento da violência contra a mulher.

Este estudo apresenta os principais resultados da pesquisa desenvolvida como Trabalho de Conclusão da Residência em Vigilância em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), pela residente Maristela Fleck Pacheco, sob a orientação de Patrícia Konzatti Vieira, Gerente da Unidade de Vigilância Epidemiológica da Diretoria de Vigilância em Saúde da Capital.

● Contextualização

A violência contra a mulher constitui uma das mais graves violações dos direitos humanos e um importante problema de saúde pública, com repercussões significativas sobre a saúde, a qualidade de vida e o bem-estar das mulheres.

Além dos impactos individuais, esse fenômeno produz consequências sociais, econômicas e culturais que afetam famílias, comunidades e os sistemas de proteção social e de saúde¹. A mortalidade feminina por agressão representa a expressão mais extrema da violência de gênero e demanda monitoramento contínuo por parte dos serviços de saúde e dos gestores públicos.

A análise dos óbitos decorrentes de agressões permite identificar padrões epidemiológicos, grupos populacionais mais vulneráveis e desigualdades sociais associadas ao risco de morte violenta entre mulheres, subsidiando a formulação de políticas públicas de prevenção e enfrentamento da violência.

Neste contexto, o Informativo “Perfil Epidemiológico e Sociodemográfico da Mortalidade Feminina por Agressão em Porto Alegre (2015–2024)” tem como objetivo analisar os óbitos por agressão de mulheres residentes em Porto Alegre, ocorridos entre 1º de janeiro de 2015 e 31 de dezembro de 2024 e classificados pelos códigos X85 a Y09 da Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID-10).

Os dados foram obtidos a partir do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), contemplando todas as faixas etárias. Além da caracterização epidemiológica e sociodemográfica dos óbitos, o estudo busca ampliar a compreensão sobre a trajetória assistencial dessas mulheres por meio da integração de informações provenientes de diferentes sistemas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para este estudo, foi utilizado o Censo Demográfico de 2022 como referência para a população residente, por ser o levantamento censitário mais próximo ao ponto médio da série histórica analisada (2015–2024), correspondente ao ano de 2019.

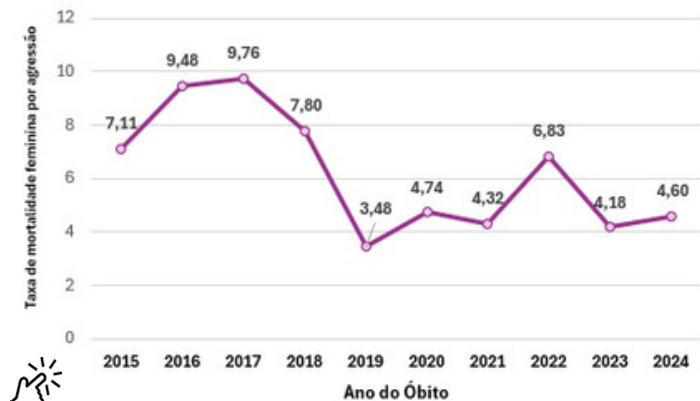
A taxa de mortalidade feminina por agressão foi calculada pela razão entre o número de óbitos de mulheres por agressão e a população feminina residente em Porto Alegre, multiplicada por 100.000 habitantes.

Para a condução deste informativo, foram utilizados diferentes sistemas de informação do SUS, visando ampliar a compreensão sobre a trajetória assistencial das mulheres antes do óbito por agressão. Entre as bases consultadas estão o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Prontuário Eletrônico da Atenção Primária (e-SUS PEC), Sistema de Gerenciamento de Consultas (GERCON), Sistema de Regulação de Internações (GERINT), Sistema de Informações Hospitalares (SIHO) e o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Essa estratégia possibilitou qualificar a análise dos dados, identificar possíveis contatos prévios com os serviços de saúde e compreender o percurso das usuárias na rede de atenção até a ocorrência do óbito, contribuindo para o fortalecimento das ações de vigilância, prevenção e enfrentamento da violência contra a mulher.

Cenário Epidemiológico e Sociodemográfico

Figura 1. Taxa de mortalidade feminina por agressão (CID-10 X85–Y09), segundo ano do óbito, em residentes de Porto Alegre, 2015–2024.



Fonte:SIM/DVS/SMS/PMPA. IBGE Censo 2022².

Na figura 1, observa-se que a taxa de mortalidade feminina por agressão atingiu seus maiores valores em 2016 (9,48) e 2017 (9,76). A partir de 2018, verifica-se tendência de redução, alcançando o menor valor da série em 2019 (3,48).

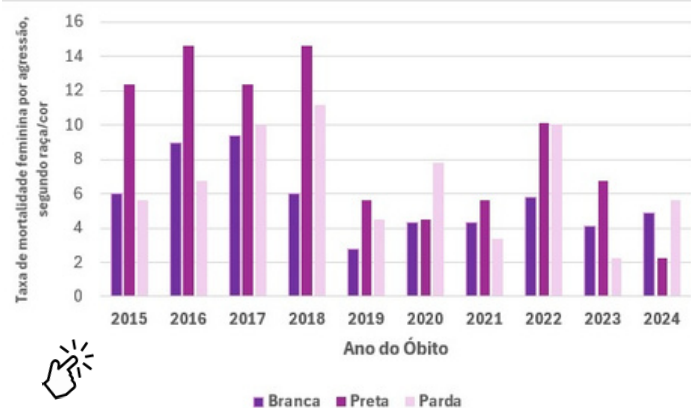
Entre 2020 e 2024, as taxas permaneceram relativamente estáveis, variando entre 4,18 e 6,83. Esse comportamento sugere que, embora tenha ocorrido redução importante em relação aos anos de maior magnitude da série (2016–2017), a mortalidade por agressão entre mulheres continua representando um relevante problema de saúde pública, mantendo níveis superiores aos observados em 2019.

Entre os 447 óbitos femininos por agressão analisados, foram identificados três casos sem informações que permitissem a adequada identificação das vítimas, além de um caso de mulher transgênero.

Embora este caso de mulher transgênero represente um evento isolado na série histórica, sua identificação demonstra a importância do adequado preenchimento e registro da identidade de gênero nos sistemas de informação em saúde, contribuindo para a qualificação dos dados e para uma melhor

caracterização das desigualdades e vulnerabilidades relacionadas à violência por que

Figura 2. Taxa de mortalidade por agressão (CID-10 X85–Y09), segundo ano do óbito e raça/cor, em residentes de Porto Alegre, 2015–2024.



Fonte:SIM/DVS/SMS/PMPA. IBGE Censo 2022².

A análise da série histórica evidencia importantes desigualdades raciais na mortalidade feminina por agressão em Porto Alegre (Figura 2).

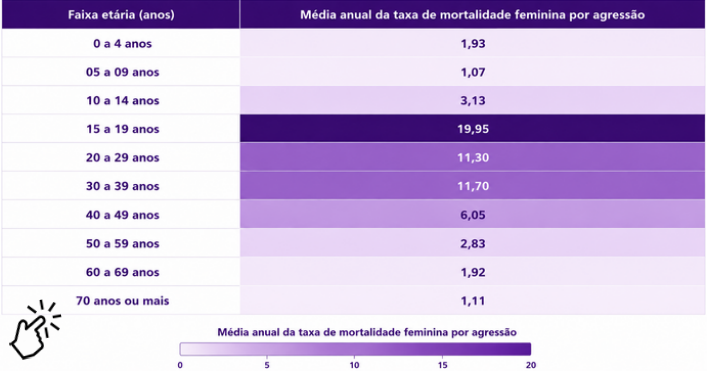
As mulheres pretas apresentaram as maiores taxas na maior parte do período, com destaque para 2016 (14,60), 2018 (14,60) e 2017 (12,35). Mesmo com redução após 2018, as taxas permaneceram superiores às observadas entre mulheres brancas na maioria dos anos, indicando maior vulnerabilidade à violência letal.

As mulheres pardas também apresentaram taxas elevadas em diversos anos, atingindo 11,18 em 2018 e 10,06 mil em 2017 e 2022, porém com maior oscilação ao longo da série. Em 2023 observou-se o menor valor do período (2,24), seguido de aumento em 2024 (5,59).

Entre as mulheres brancas o maior valor foi registrado em 2017 (9,34), seguido de redução, com estabilização entre 4 e 6 óbitos nos anos subsequentes. Não há registro de óbitos por agressão femininos de raça/cor indígena ou amarela no período analisado.

Esse padrão reforça a influência dos determinantes sociais e do racismo estrutural sobre a violência letal contra mulheres, indicando a necessidade de políticas públicas voltadas à redução das desigualdades e ao fortalecimento das ações de prevenção da violência de gênero e da violência racial³.

Figura 3. Média anual da taxa de mortalidade feminina por agressão (CID-10 X85–Y09), segundo faixa etária, em residentes de Porto Alegre, 2015–2024.



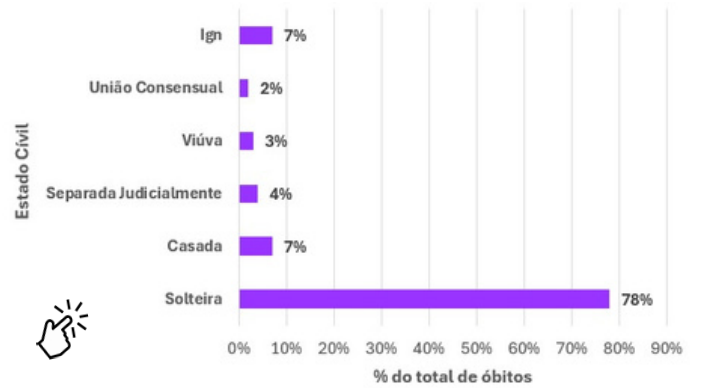
Fonte:SIM/DVS/SMS/PMPA. IBGE Censo 2022².

Na Figura 3, observa-se que a mortalidade feminina por agressão concentrou-se principalmente entre adolescentes e mulheres adultas jovens, evidenciando maior vulnerabilidade à violência interpessoal, incluindo a violência por parceiro íntimo e o feminicídio.

A maior taxa foi observada entre mulheres de 15 a 19 anos, seguida pelas faixas de 30 a 39 anos e 20 a 29 anos. Nas faixas etárias de 40 a 49 anos e 10 a 14 anos as taxas foram intermediárias, enquanto entre mulheres de 50 a 59anos observou-se redução expressiva do risco.

Os menores coeficientes ocorreram entre as crianças de 5 a 9 anos e 0 a 4 anos, bem como entre as mulheres idosas de 60 a 69 anos e de 70 anos ou mais. Embora apresentem menor magnitude, esses óbitos merecem atenção por refletirem situações de violência contra grupos etários particularmente vulneráveis.

Figura 4. Distribuição do número e da proporção (%) dos óbitos femininos por agressão (CID-10 X85–Y09), segundo estado civil. Porto Alegre, 2015–2024.

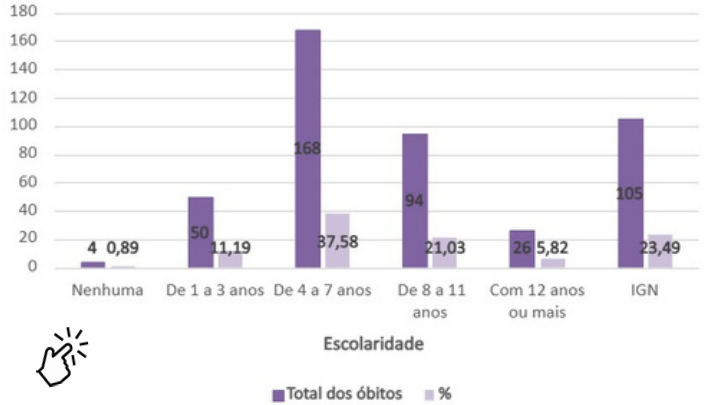


Fonte:SIM/DVS/SMS/PMPA.

Com relação ao estado civil das mulheres vítimas de homicídio em Porto Alegre no período analisado, observa-se predominância de registros classificados como solteiras, correspondendo a 351 óbitos (78%) do total. Em seguida, aparecem as categorias casada e ignorado, seguidas por separada judicialmente , viúva e união consensual (Figura 4).

Entretanto, a interpretação desses resultados requer cautela. O estado civil registrado na declaração de óbito reflete uma condição legal ou administrativa da vítima, não necessariamente sua situação afetiva ou conjugal no momento do óbito.

Figura 5. Distribuição do número e da proporção (%) dos óbitos femininos por agressão (CID-10 X85–Y09), segundo escolaridade. Porto Alegre, 2015–2024.



Fonte:SIM/DVS/SMS/PMPA.

A análise da escolaridade das mulheres vítimas de homicídio em Porto Alegre demonstra predominância de níveis educacionais mais baixos (Figura 5).

A maior concentração de óbitos ocorreu entre mulheres com 4 a 7 anos de escolaridade, seguida daquelas com 8 a 11 anos e de 1 a 3 anos. Em contrapartida, apenas 5,82% possuíam 12 anos ou mais de escolaridade, enquanto 0,89% foram registrados entre mulheres sem instrução.

Considerando apenas os casos com informação conhecida, observa-se que aproximadamente 70% das vítimas possuíam até 11 anos de estudo, evidenciando maior ocorrência de homicídios entre mulheres com baixa escolaridade.

Esse resultado sugere uma associação entre vulnerabilidade social e ocorrência da violência letal, uma vez que menores níveis de escolaridade costumam estar relacionados a piores condições socioeconômicas, menor acesso a oportunidades de trabalho e renda, além de maior dificuldade de acesso a redes de proteção e apoio.

Figura 6. Distribuição do número e da proporção (%) dos óbitos femininos por agressão (CID-10 X85–Y09), segundo ocupação. Porto Alegre, 2015–2024.



Fonte:SIM/DVS/SMS/PMPA.

Na figura 6, as categorias mais frequentes foram dona de casa (12,5%), desempregada (8,9%) e estudante (7,8%), que, em muitos casos, representam mulheres sem remuneração regular ou sem inserção formal no mercado de trabalho.

Observa-se também a presença de ocupações relacionadas ao trabalho informal ou de baixa remuneração, como serviços gerais/limpeza, autônoma, empregada doméstica, recicladora, cuidadora de idosos e vendedora ambulante.

Esse perfil ocupacional reforça a hipótese de que a violência letal contra mulheres atinge de forma mais intensa grupos socialmente vulneráveis, frequentemente expostos a situações de dependência econômica, precarização do trabalho e menor acesso a redes de proteção social.

Figura 7. Distribuição do número e da proporção (%) dos óbitos femininos por agressão (CID-10 X85–Y09), segundo município de ocorrência do óbito. Porto Alegre, 2015–2024.

Município de ocorrência do óbito	Total	%
Porto Alegre	398	89,04
Alvorada	12	2,68
Viamão	11	2,46
Balneário Pinhal	3	0,67
Gravatá	3	0,67
Canoas	2	0,45
Cidreira	2	0,45
Sapucaia	2	0,45
Tramandaí	2	0,45
Arroio dos Ratos	1	0,22
Balneário Camboriú	1	0,22
Capela Santana	1	0,22
Caxias do Sul	1	0,22
Eldorado do Sul	1	0,22
Mampituba	1	0,22
Osório	1	0,22
Pelotas	1	0,22
Santa Rosa	1	0,22
São Francisco de Paula	1	0,22
Sentinela do Sul	1	0,22
Torres	1	0,22

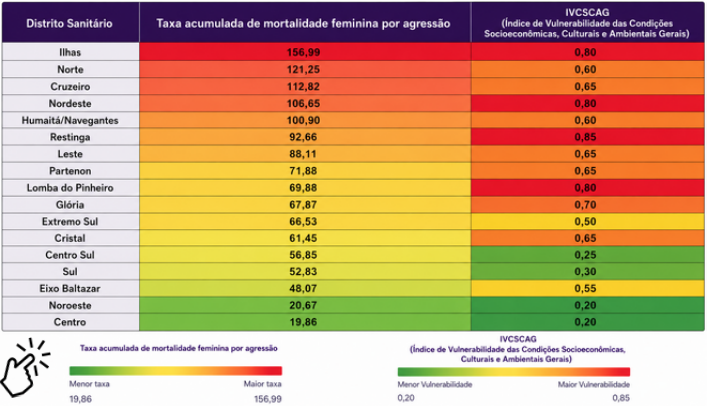
Fonte:SIM/DVS/SMS/PMPA.

A distribuição do município de ocorrência dos óbitos demonstra que, entre as mulheres residentes em Porto Alegre, a maioria dos óbitos por agressão ocorreu no próprio município de residência (398 casos; 89,04%). Os demais casos referem-se a mulheres residentes na capital que vieram a óbito em outros municípios (Figura 7).

Entre os municípios vizinhos, destacam-se Alvorada e Viamão, que, juntos, concentraram 5,14% dos óbitos, o que pode estar relacionado à proximidade geográfica e à intensa integração urbana com Porto Alegre, favorecendo o deslocamento diário entre esses municípios.

Também foram registrados óbitos em municípios do litoral gaúcho, que, em conjunto, corresponderam a 2,01% dos casos. Esse achado indica que parte das mulheres residentes em Porto Alegre sofreu a agressão ou evoluiu para óbito fora da região metropolitana, possivelmente em decorrência de deslocamentos temporários relacionados a trabalho, lazer ou outras atividades.

Figura 8. Mapa de calor da taxa acumulada de mortalidade feminina por agressão (CID-10 X85–Y09) e do Índice de Vulnerabilidade das Condições Socioeconômicas, Culturais e Ambientais Gerais (estruturais), segundo Distrito Sanitário. Porto Alegre, 2015–2024.



Fonte: SIM/DVS/SMS/PMPA. IBGE Censo 2022². Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre 2022-2025⁵.

Na Figura 8, observa-se uma correspondência entre os maiores índices de vulnerabilidade social e as mais elevadas taxas de mortalidade feminina por agressão. Os distritos sanitários Ilhas, Nordeste, Restinga e Lomba do Pinheiro destacam-se por apresentarem simultaneamente alta vulnerabilidade e elevadas taxas de mortalidade.

Da mesma forma, distritos com índices de vulnerabilidade entre 0,65 e 0,70, como Cruzeiro, Leste, Glória, Cristal e Partenon, também registraram

taxas expressivas, reforçando a associação entre vulnerabilidade social e maior risco de morte por agressão.

Em contrapartida, distritos com menor vulnerabilidade, como Centro, Noroeste, Centro Sul e Sul, apresentam, em geral, os menores coeficientes de mortalidade, reforçando a associação entre melhores condições socioeconômicas e menor ocorrência de mortes por agressão.

Contudo, Humaitá/Navegantes e Norte, ambos com índice de 0,60, exibem taxas elevadas de mortalidade, indicando que outros fatores também influenciam esse desfecho.

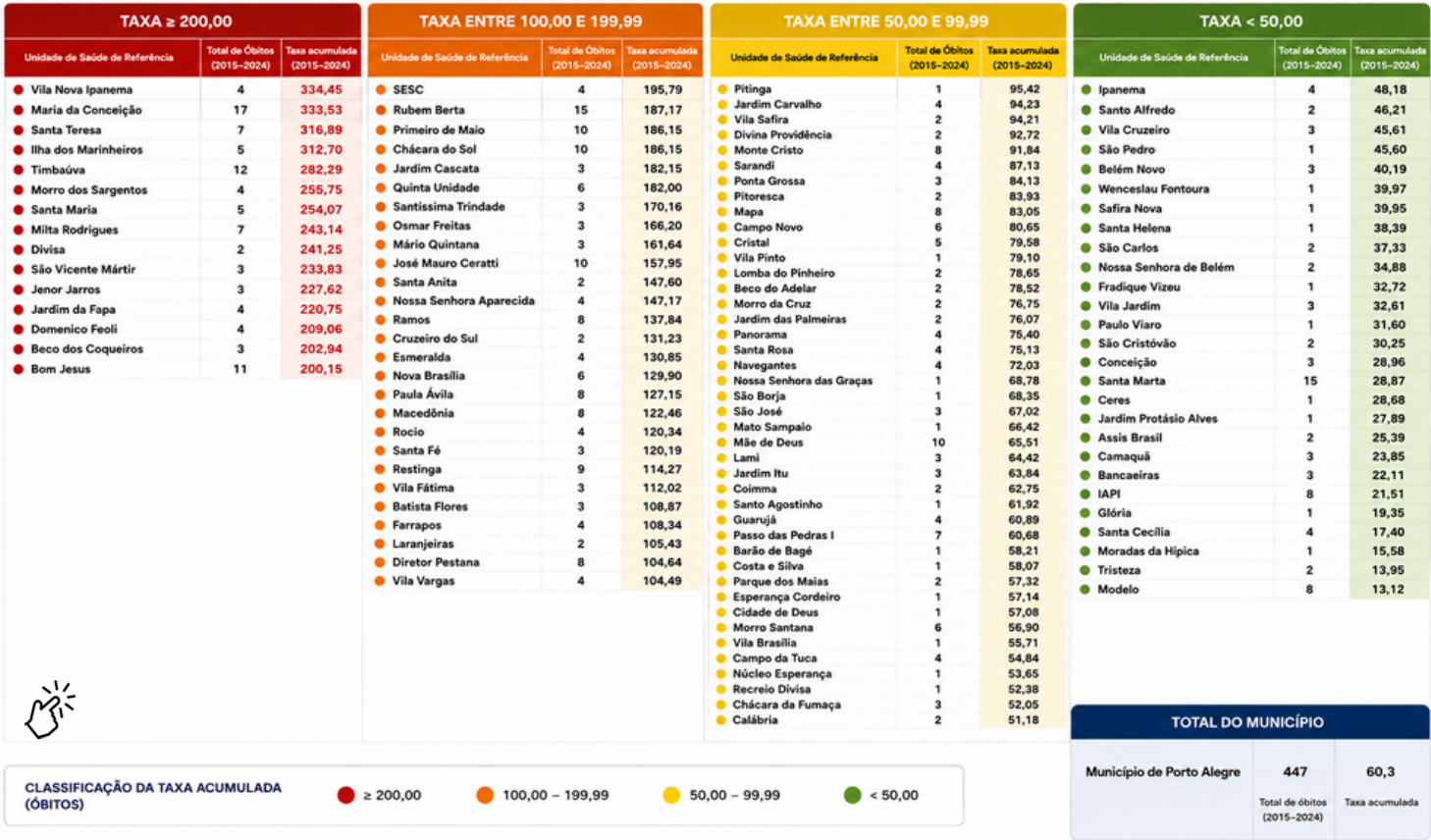
De forma geral, o mapa de calor demonstra a concentração da mortalidade feminina por agressão nos territórios de maior vulnerabilidade estrutural.

Figura 9. Composição do índice de Vulnerabilidade das Condições Socioeconômicas, Culturais e Ambientais Gerais (estruturais). Porto Alegre, 2022.



Fonte: Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre 2022-2025⁵.

Figura 10. Mapa de calor da taxa acumulada de mortalidade feminina por agressão (CID-10 X85–Y09), segundo Unidade de Saúde de Referência. Porto Alegre, 2015–2024.



Fonte: SIM/DVS/SMS/PMPA. IBGE Censo 2022². Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre 2022-2015.

A distribuição da taxa acumulada de mortalidade feminina por agressão evidencia importantes desigualdades territoriais entre as Unidades de Saúde de Referência de Porto Alegre, com concentração das maiores taxas em áreas de maior vulnerabilidade social (Figura 10).

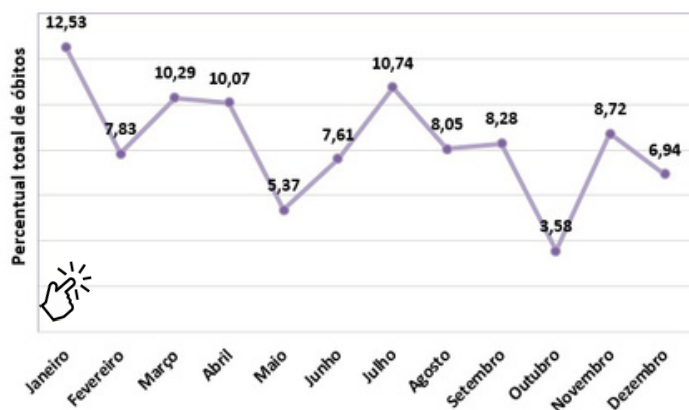
Destacam-se Vila Nova Ipanema (334,45), Maria da Conceição (333,53), Santa Teresa (316,89), Ilha dos Marinheiros (312,70) e Timbaúva (282,29). Em algumas unidades, as elevadas taxas refletem o pequeno contingente populacional adscrito, mesmo diante de baixo número absoluto de óbitos.

Em números absolutos, destacaram-se Maria da Conceição (17 óbitos), Rubem Berta (15), Timbaúva (12), Bom Jesus (11), José Mauro Ceratti, Primeiro de Maio e Moab Caldas (10 cada), evidenciando áreas que concentram simultaneamente elevado número de casos e altas taxas. Em contrapartida, diversas unidades de saúde registraram taxas acumuladas inferiores a 70, enquanto no município de Porto Alegre foi de 60,3 no período analisado.

Os resultados demonstram expressiva heterogeneidade espacial da mortalidade feminina por agressão, reforçando a necessidade de priorização territorial das ações de vigilância, prevenção da violência, fortalecimento da rede de proteção às mulheres e articulação intersetorial.

A interpretação das taxas deve considerar o tamanho da população de referência de cada unidade, uma vez que populações menores podem produzir coeficientes elevados mesmo com poucos eventos.

Figura 11. Distribuição percentual dos óbitos femininos por agressão (CID-10 X85–Y09), segundo o mês de ocorrência. Porto Alegre, 2015–2024.



Fonte: SIM/DVS/SMS/PMPA. IBGE Censo 2022².

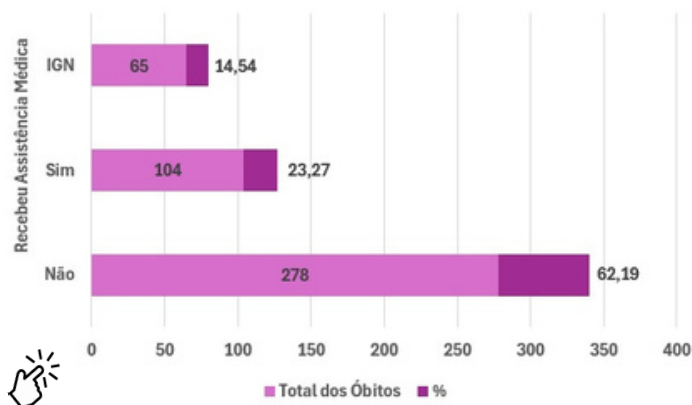
Os meses com maiores percentuais de homicídios foram janeiro, julho, março e abril, indicando uma maior concentração de eventos nesses períodos. Os meses de janeiro e julho apresentaram maior frequência de óbitos por agressão, possivelmente em razão do aumento da circulação de pessoas e de deslocamentos característicos do período de férias (Figura 11).

Em contrapartida, os menores percentuais foram observados em outubro, maio e dezembro, sugerindo menor ocorrência de homicídios femininos nesses meses.

De forma geral, verifica-se que o primeiro quadrimestre do ano (janeiro a abril) concentra aproximadamente 40,7% dos casos registrados, evidenciando uma tendência de maior ocorrência nesse período. Já os meses finais do ano apresentam percentuais mais baixos e distribuídos de forma mais uniforme.

As variações mensais não foram suficientemente expressivas para caracterizar sazonalidade, sugerindo que os homicídios de mulheres estão mais relacionados a fatores estruturais e contextuais do que a influências sazonais.

Figura 12. Distribuição do número e da proporção (%) dos óbitos femininos por agressão (CID-10 X85–Y09), segundo o recebimento de assistência médica antes do óbito. Porto Alegre, 2015–2024.



Fonte: SIM/DVS/SMS/PMPA.

Conforme informação registrada nas Declarações de Óbito, 23,27% das mulheres que morreram por agressão receberam assistência médica antes do óbito, enquanto 62,19% não receberam atendimento e, em 14,54% dos casos, essa informação foi registrada como ignorada (Figura 12).

A elevada proporção de óbitos sem assistência médica está relacionada à característica desses eventos, frequentemente de ocorrência súbita.

Entretanto, ressalta-se que esse campo específico da Declaração de Óbito apresenta preenchimento precário, o que pode comprometer a qualidade e a completude das informações analisadas.

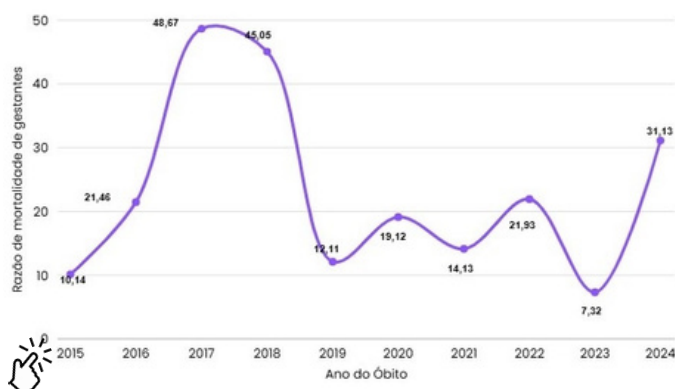
Figura 13. Distribuição dos óbitos femininos por agressão e proporção (%), segundo a categoria descritiva da CID-10 (X85–Y09). Porto Alegre, 2015–2024.



No período de 2015 a 2024, foram registrados 447 óbitos de mulheres por agressão em Porto Alegre, dos quais 38 ocorreram durante a gestação, correspondendo a 8,50% do total.

Os dados corroboram que a que a violência letal também atinge mulheres durante o período gestacional, ressaltando a necessidade de fortalecimento das ações de identificação precoce da violência no pré-natal e da integração entre os serviços de saúde, assistência social e segurança pública para prevenção e proteção desse grupo particularmente vulnerável.

Figura 14. Razão de mortalidade de gestantes por agressão (CID-10 X85–Y09), por 100 mil nascidos vivos. Porto Alegre, 2015–2024.



Fonte: SIM/DVS/SMS/PMPA. DataSUS/Tabnet/SINASC.

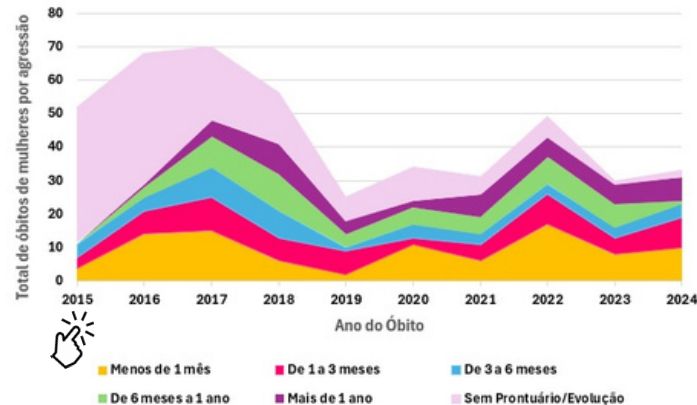
Ao longo da série histórica, a razão de mortalidade de gestantes por agressão apresentou dois períodos de maior magnitude: entre 2016 e 2018, com pico em 2017, e um novo aumento em 2024 (Figura 14).

Esses resultados indicam que a ocorrência de óbitos de gestantes por agressão mantém-se presente ao longo do período, com flutuações importantes que reforçam a necessidade de vigilância contínua.

Percursos assistenciais das mulheres anterior ao óbito por agressão

Com o objetivo de compreender a trajetória assistencial das mulheres antes do óbito por agressão, foram consultados os sistemas de informação do SUS: SINAN, e-SUS PEC, GERCON, GERINT, SIHO e SINASC. Os principais achados desses sistemas são apresentados a seguir.

Figura 15. Distribuição dos óbitos femininos por agressão (CID-10 X85–Y09), segundo o intervalo de tempo entre a última consulta registrada no e-SUS e a ocorrência do óbito. Porto Alegre, 2015–2024.



Fonte: SIM/DVS/SMS/PMPA. Prontuário Eletrônico E-SUS PEC.

Na figura 15, a análise do intervalo entre o óbito e a última consulta registrada no e-SUS evidencia que parte significativa das mulheres vítimas de homicídio possuía vínculo prévio com os serviços de Atenção Primária à Saúde.

Entre os registros disponíveis, 44,75% das mulheres apresentaram atendimento registrado nos seis meses anteriores ao óbito, sendo 20,81% com última consulta realizada em menos de um mês e 14,32% entre um e três meses antes do evento, indicando contato recente com a rede de saúde.

Observa-se também que 26,62% dos casos não apresentavam prontuário registrado e 6,26% não possuíam evolução registrada.

Esses resultados devem ser interpretados considerando a implantação gradual do prontuário

eletrônico e do e-SUS na rede de Atenção Primária de Porto Alegre ao longo do período analisado, com diferentes momentos de incorporação pelas unidades de saúde.

Destaca-se que a implantação do e-SUS em 17 unidades do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) ocorreu apenas em 2023, ampliando a cobertura dos registros eletrônicos a partir desse período.

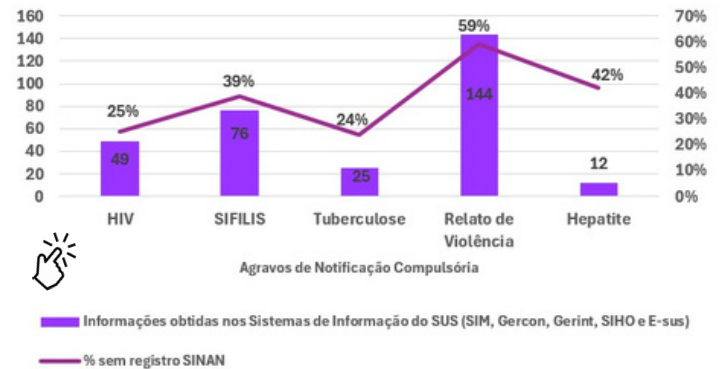
Portanto, a ausência de informação no sistema não significa necessariamente ausência de vínculo ou acompanhamento pela unidade de saúde, podendo refletir limitações relacionadas ao processo de informatização e transição dos registros.

A redução progressiva dos casos sem prontuário ao longo da série histórica, passando de 38 registros em 2015 para 1 registro em 2024, demonstra a ampliação da utilização do prontuário eletrônico e maior capacidade de reconstrução da trajetória assistencial dessas mulheres.

Reforçando a importância do vínculo longitudinal com a APS como estratégia fundamental para identificação precoce de situações de violência, acompanhamento de vulnerabilidades e articulação com a rede de proteção⁴.

A presença de contato recente com os serviços de saúde antes do homicídio evidencia uma oportunidade para qualificar a escuta, a identificação de sinais de risco e o desenvolvimento de ações preventivas capazes de evitar desfechos fatais.

Figura 16. Distribuição dos óbitos femininos por agressão (CID-10 X85–Y09) e proporção (%), segundo agravos de notificação compulsória identificados nos sistemas de informação do SUS, sem registro de notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Porto Alegre, 2015–2024.



Fonte: SIM/DVS/SMS/PMMA. E-SUS PEC/SINAN/SIHO/Gerint/Gercon.

Na Figura 16, a análise dos sistemas de informação do SUS evidenciou importante ausência de registros de notificação de violência no SINAN entre as mulheres que evoluíram para óbito por agressão.

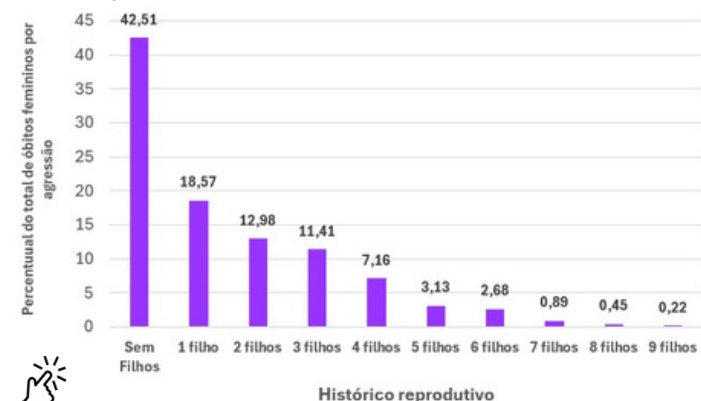
Ressalta-se que a notificação de violência interpessoal e autoprovocada tornou-se compulsória em 2016, de modo que a ausência desses registros pode indicar subnotificação e fragilidades na identificação e no registro dessas situações pelos serviços de saúde.

O maior percentual de ausência de notificação foi observado para relato de violência (59%), indicando que mais da metade das mulheres com histórico de violência identificado em outras bases de dados não possuía registro correspondente no SINAN.

Também foram identificadas elevadas proporções de ausência de notificação para hepatites virais (42%), sífilis (39%), HIV (25%) e tuberculose (24%).

A subnotificação reduz a capacidade dos serviços de saúde de reconhecer fatores de risco, monitorar agravos e planejar intervenções intersetoriais voltadas à prevenção da violência.

Figura 17. Distribuição proporcional (%) dos óbitos femininos por agressão (CID-10 X85–Y09), segundo o histórico reprodutivo. Porto Alegre, 2015–2024.



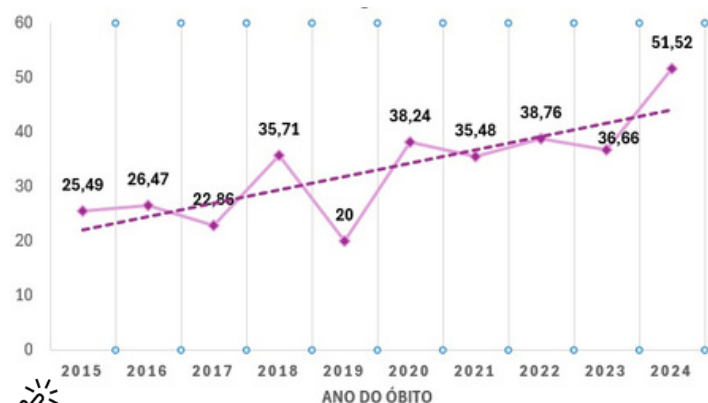
Fonte:SIM/DVS/SMS/PMPA.

E-SUS PEC/SINASC/SINAN/SIHO/Gerint/Gercon.

Na figura 17, observou-se que a maioria das mulheres que evoluíram para óbito por agressão possuía histórico reprodutivo, sendo que 57,49% tinham um ou mais filhos, enquanto 42,51% não possuíam filhos.

Esse resultado demonstra que a violência letal atingiu predominantemente mulheres que exerciam a maternidade e que esses óbitos ultrapassam a perda da vida da mulher, com potenciais repercussões sociais, familiares e emocionais para os filhos, que podem permanecer em situação de vulnerabilidade e necessitar de suporte social e proteção do Estado.

Figura 18. Distribuição percentual dos óbitos femininos por agressão (CID-10 X85–Y09), segundo registro de relato prévio de violência. Porto Alegre, 2015–2024.



Fonte:SIM/DVS/SMS/PMPA. E-SUS PEC/SINAN/SIHO/Gerint/Gercon.

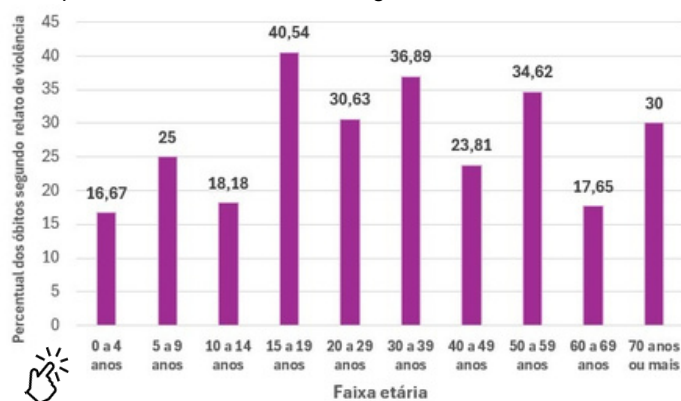
A distribuição anual dos óbitos femininos por agressão com registro de relato prévio de violência apresentou oscilações ao longo da série histórica, variando de 20,0% em 2019 a 51,52% em 2024 (Figura 18).

Observa-se que, até 2019, os percentuais permaneceram, em geral, abaixo de 30%, com exceção de 2018 (35,71%). A partir de 2020, verifica-se um aumento na proporção de mulheres que possuíam registro prévio de violência, mantendo-se acima de 35% na maior parte dos anos e atingindo o maior valor da série em 2024.

Esse comportamento pode refletir tanto um aumento da identificação e do registro de situações de violência nos serviços de saúde quanto a persistência de episódios de violência recorrente que evoluíram para o desfecho fatal.

Os resultados reforçam a importância da detecção precoce, da notificação e do acompanhamento das mulheres em situação de violência.

Figura 19. Distribuição percentual dos óbitos femininos por agressão (CID-10 X85–Y09), segundo faixa etária e registro de relato prévio de violência. Porto Alegre, 2015–2024.



Fonte:SIM/DVS/SMS/PMPA.E-SUS PEC/SINAN/SIHO/Gerint/Gercon.

Conforme a Figura 19 a faixa etária de 15 a 19 anos, que apresentou a maior taxa de mortalidade por agressão no período analisado, também concentrou a maior proporção de mulheres com registro prévio de violência (40,54%).

Esses resultados indicam que adolescentes e mulheres jovens constituem um grupo de elevada vulnerabilidade, no qual a violência frequentemente já havia sido identificada pelos serviços de saúde antes do desfecho fatal.

Figura 20. Distribuição percentual dos óbitos femininos por agressão (CID-10 X85–Y09), segundo uso de substâncias psicoativas e registro de relato prévio de violência. Porto Alegre, 2015–2024.



Fonte:SIM/DVS/SMS/PMMPA. E-SUS PEC/SINAN/SIHO/Gerint/Gercon.

A proporção de óbitos femininos por agressão com registro de uso de substâncias psicoativas apresentou tendência de aumento ao longo da série histórica, passando de 5,88% em 2015 para 48,48% em 2024, o maior percentual observado no período (Figura 20).

De forma semelhante, a coexistência de uso de substâncias psicoativas e relato prévio de violência também aumentou progressivamente, variando de 3,92% em 2015 para 27,27% em 2024.

Sugerindo uma sobreposição de vulnerabilidades entre as mulheres vítimas de violência letal, indicando que o uso de substâncias psicoativas esteve frequentemente associado à existência de histórico de violência previamente registrado.

Embora os dados não permitam estabelecer relação causal, eles reforçam a importância das situações de violência e o cuidado relacionado ao uso de substâncias psicoativas, visando à identificação precoce de mulheres em maior risco e à prevenção da violência fatal.

Figura 21. Distribuição percentual dos óbitos femininos por agressão (CID-10 X85–Y09), segundo a presença de diagnóstico prévio de depressão e registro de relato prévio de violência. Porto Alegre, 2015–2024.



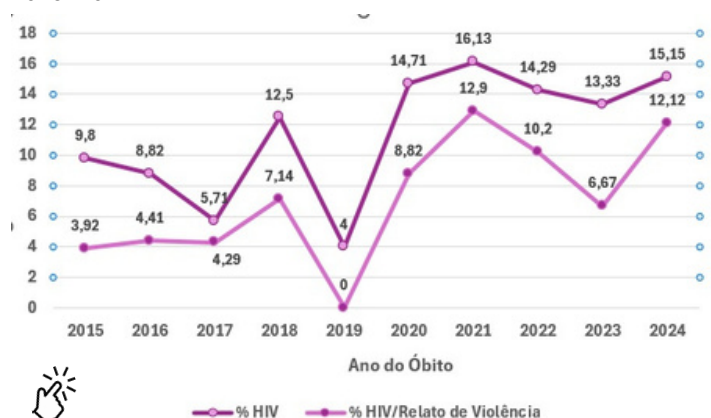
Fonte:SIM/DVS/SMS/PMMPA. E-SUS PEC/SINAN/SIHO/Gerint/Gercon.

A figura 21, mostra a proporção de óbitos femininos por agressão entre mulheres com diagnóstico prévio de depressão, passando de 11,76% em 2015 para 51,52% em 2024, o maior percentual da série.

Da mesma forma, a ocorrência simultânea de diagnóstico de depressão e registro prévio de violência apresentou crescimento ao longo do período, atingindo 33,33% em 2024.

A coexistência de sofrimento psíquico e de histórico de violência previamente registrado evidencia que muitas dessas mulheres já haviam estabelecido contato com os serviços de saúde antes do desfecho fatal.

Figura 22. Distribuição percentual dos óbitos femininos por agressão (CID-10 X85–Y09), segundo diagnóstico de infecção pelo HIV e registro de relato prévio de violência. Porto Alegre, 2015–2024.



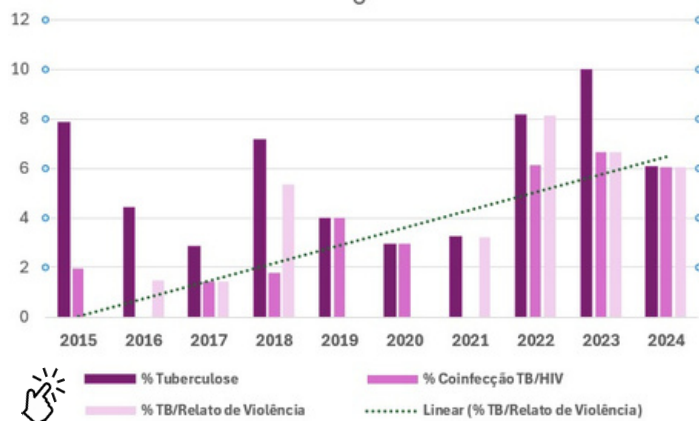
Fonte:SIM/DVS/SMS/PMMPA. E-SUS PEC/SINAN/SIHO/Gerint/Gercon.

Os óbitos femininos por agressão entre mulheres com diagnóstico de HIV variou ao longo da série histórica, oscilando entre 4,0% (2019) e 16,13% (2021), mantendo-se entre 13% e 15% nos anos mais recentes (Figura 21).

Entre aquelas com diagnóstico de HIV, 61,22% apresentavam registro de relato prévio de violência, evidenciando uma expressiva sobreposição entre essas condições.

Esse resultado está em consonância com a literatura, que demonstra que mulheres vivendo com HIV apresentam maior vulnerabilidade à violência, especialmente à violência por parceiro íntimo, em decorrência de desigualdades de gênero, estigma, discriminação e outras vulnerabilidades sociais ⁶.

Figura 23. Distribuição percentual dos óbitos femininos por agressão (CID-10 X85–Y09), segundo diagnóstico prévio de Tuberculose, coinfeção TB/HIV e registro de relato prévio de violência. Porto Alegre, 2015–2024.



Fonte:SIM/DVS/SMS/PMPA.E-SUS PEC/SINAN/SIHO/Gerint/Gercon.

Na figura 23, a proporção de óbitos femininos por agressão entre mulheres com diagnóstico prévio de tuberculose permaneceu relativamente baixa ao longo da série histórica, variando de 2,86% (2017) a 10,0% (2023).

A coinfeção TB/HIV apresentou percentuais ainda menores, com aumento nos anos mais recentes, alcançando 6,12% em 2022, 6,67% em 2023 e 6,06% em 2024.

Em relação ao registro prévio de violência entre mulheres com tuberculose, observa-se crescimento a partir de 2021, com percentuais de 3,23%, 8,16% em 2022 e 6,67% e 6,06% nos dois anos subsequentes.

Embora os percentuais sejam inferiores aos observados para outras condições, como HIV e depressão, os achados evidenciam a coexistência de doenças infecciosas e situações de violência em uma parcela das mulheres vítimas de violência letal⁸.

Essa sobreposição reforça a necessidade de uma abordagem integrada nos serviços de saúde, considerando que a tuberculose é uma doença socialmente determinada e historicamente negligenciada, fortemente associada a contextos de pobreza, exclusão social e outras vulnerabilidades.

Figura 24. Distribuição percentual dos óbitos femininos por agressão (CID-10 X85–Y09), segundo diagnóstico prévio de Sífilis, coinfeção Sífilis/HIV e registro de relato prévio de violência. Porto Alegre, 2015–2024.



Fonte:SIM/DVS/SMS/PMPA.E-SUS PEC/SINAN/SIHO/Gerint/Gercon.

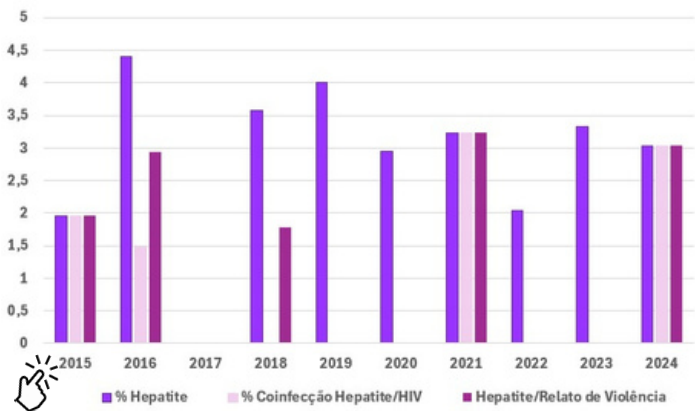
Na figura 24, os óbitos femininos por agressão entre mulheres com diagnóstico prévio de sífilis apresentou tendência de aumento ao longo da série histórica, passando de 3,92% em 2015 para 45,45% em 2024, enquanto a coinfeção sífilis/HIV manteve percentuais menores, porém persistentes, variando entre 7,14% e 10,0% nos anos mais recentes

Entre as mulheres com sífilis, a presença de registro prévio de violência também foi expressiva, atingindo 24,24% em 2024.

No conjunto do período analisado, 18,57% das mulheres vítimas de óbito por agressão apresentavam diagnóstico prévio de sífilis, evidenciando a sobreposição entre infecções sexualmente transmissíveis e contextos de vulnerabilidade.

Os dados reforçam que a sífilis, assim como a violência, está fortemente relacionada a determinantes sociais da saúde, como desigualdades socioeconômicas, dificuldades de acesso aos serviços e vulnerabilidades de gênero⁷.

Figura 25. Distribuição percentual dos óbitos femininos por agressão (CID-10 X85–Y09), segundo diagnóstico prévio de Hepatite, coinfeção Hepatite/HIV e registro de relato prévio de violência. Porto Alegre, 2015–2024.



Fonte:SIM/DVS/SMS/PMPA.E-SUS PEC/SINAN/SIHO/Gerint/Gercon.

Na figura 25 mostra que os óbitos femininos por agressão entre mulheres com diagnóstico prévio de hepatite permaneceu baixa ao longo da série histórica, variando entre 0% e 4,41%. Da mesma forma, a coinfeção hepatite/HIV apresentou ocorrência pouco frequente.

Apesar da baixa frequência de casos, observa-se que, nos anos em que houve registro de hepatite, parte dessas mulheres também apresentava relato prévio de violência, alcançando percentuais equivalentes ao total de casos em alguns anos da série.

Figura 26. Distribuição proporcional dos óbitos femininos por agressão (CID-10 X85–Y09), segundo histórico de institucionalização (abrigo ou estabelecimento prisional) e relato prévio de violência. Porto Alegre, 2015–2024.

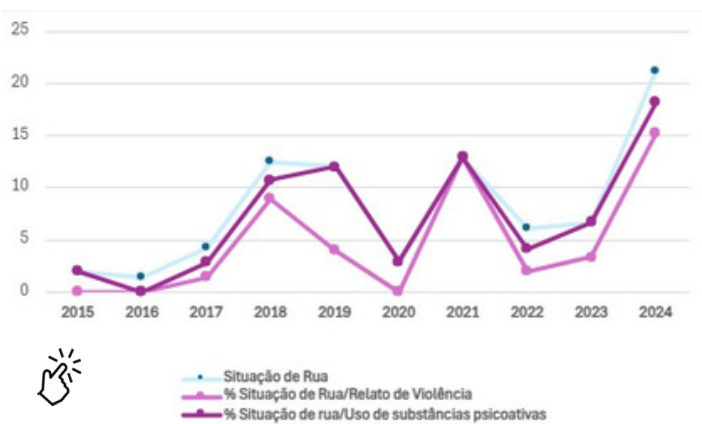


Fonte:SIM/DVS/SMS/PMPA.E-SUS PEC/SINAN/SIHO/Gerint/Gercon.

Na figura 26, verificou-se crescimento da frequência de óbitos femininos por agressão entre mulheres com histórico de institucionalização (abrigo ou estabelecimento prisional), passando de 1,43% em 2017 para 21,21% em 2024.

Entre elas, também foi identificado registro prévio de violência. Esse cenário evidencia a elevada vulnerabilidade social dessas mulheres, frequentemente marcada por exclusão social, ruptura de vínculos e trajetórias de violência.

Figura 27. Distribuição percentual dos óbitos femininos por agressão (CID-10 X85–Y09), segundo histórico de situação de rua, registro de uso de substâncias psicoativas e relato prévio de violência. Porto Alegre, 2015–2024.



Fonte:SIM/DVS/SMS/PMPA.E-SUS PEC/SINAN/SIHO/Gerint/Gercon.

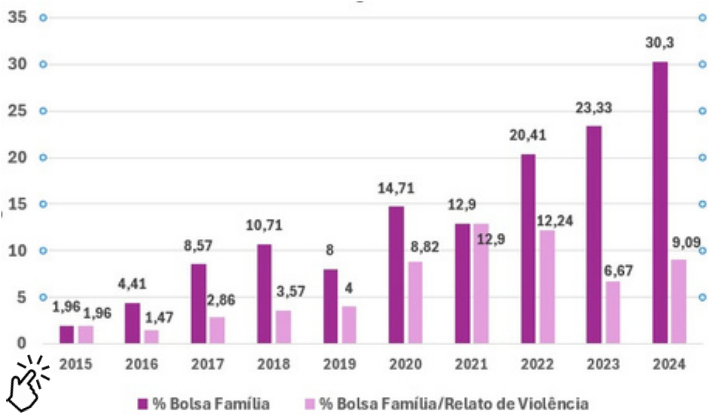
Ao longo da série histórica, a frequência de óbitos femininos por agressão entre mulheres com histórico de situação de rua apresentou oscilações, alcançando 21,21% em 2024, o maior percentual observado (Figura 27)

No período de 2015 a 2024, 7,16% das mulheres vítimas de óbito por agressão encontravam-se em situação de rua.

Entre esse grupo, verificou-se elevada ocorrência de uso de drogas e de registro prévio de violência, evidenciando a sobreposição de múltiplas vulnerabilidades.

Esse perfil é compatível com a literatura, que descreve a população em situação de rua como exposta a maior risco de violência, uso de substâncias psicoativas, exclusão social e barreiras de acesso aos serviços de saúde e proteção social.

Figura 28. Distribuição percentual dos óbitos femininos por agressão (CID-10 X85–Y09), segundo condição de beneficiária do Programa Bolsa Família e registro de relato prévio de violência. Porto Alegre, 2015–2024.



Fonte:SIM/DVS/SMS/PMPA.E-SUS PEC/SINAN/SIHO/Gerint/Gercon.

Na figura 28, observou-se aumento na frequência de óbitos femininos por agressão entre beneficiárias do Programa Bolsa Família, passando de 1,96% em 2015 para 30,30% em 2024.

Entre essas mulheres, também foi identificada a presença de registro prévio de violência, com percentuais mais elevados a partir de 2020.

Os resultados indicam que parte das mulheres vítimas de violência letal encontrava-se em situação de vulnerabilidade socioeconômica, evidenciada pelo recebimento do Programa Bolsa Família.

Esse indicador reforça a importância da integração entre as políticas de assistência social, saúde e proteção à mulher para a identificação precoce e o acompanhamento de mulheres em maior risco de violência.

Análise do perfil da mortalidade feminina por agressão em Porto Alegre

A análise da mortalidade feminina por agressão em Porto Alegre, no período de 2015 a 2024, evidencia que a violência letal não ocorre de forma aleatória, concentrando-se em mulheres expostas a múltiplas vulnerabilidades sociais, econômicas e de saúde.

O perfil predominante foi de mulheres jovens, com baixa escolaridade, sem vínculo formal de trabalho e residentes em territórios de maior vulnerabilidade social. Além disso, observou-se maior risco de mortalidade entre mulheres negras, evidenciando as desigualdades étnico-raciais que permeiam a ocorrência da violência letal.

Destaca-se que 8,5% das mulheres que evoluíram para óbito por agressão encontravam-se gestantes, este dado evidencia a ocorrência de violência letal durante a gestação, período de maior vulnerabilidade e que demanda acompanhamento contínuo pelos serviços de saúde.

Esse resultado reforça a importância da identificação precoce das situações de violência no pré-natal, da notificação compulsória dos casos suspeitos ou confirmados e da articulação entre a rede de atenção à saúde e os serviços de proteção, visando prevenir o agravamento da violência e seus desfechos fatais.

Os resultados também demonstram uma importante sobreposição de vulnerabilidades individuais e sociais. Foi identificada elevada frequência de uso de substâncias psicoativas, de doenças infectocontagiosas, como HIV, sífilis e tuberculose, histórico de institucionalização, além de uma parcela expressiva de mulheres em situação de rua e em condições de extrema vulnerabilidade social.

Outro aspecto relevante foi a elevada ocorrência de relatos prévios de violência e a existência de vínculo com unidades de saúde de referência, indicando que muitas dessas mulheres já haviam sido identificadas pelos serviços antes do desfecho fatal.

Esses contatos representam oportunidades perdidas para a implementação de ações de acolhimento, proteção e cuidado integral, reforçando a necessidade de qualificar a identificação precoce do risco, fortalecer o cumprimento da notificação compulsória das violências pelos serviços de saúde e ampliar a articulação entre a Atenção Primária à Saúde, a Vigilância em Saúde, a assistência social, a segurança pública e a rede de proteção à mulher.

A notificação oportuna e qualificada constitui instrumento essencial para a vigilância epidemiológica, subsidiando o planejamento de ações de prevenção, proteção e cuidado.

Esse cenário evidencia que a prevenção da violência letal exige estratégias intersetoriais que ultrapassem a abordagem da segurança pública, incorporando políticas de redução das desigualdades sociais, fortalecimento das redes de cuidado e proteção, ampliação do acesso aos serviços de saúde e assistência social, qualificação da vigilância das violências e responsabilização dos serviços de saúde quanto à identificação, ao registro e à notificação compulsória dos casos de violência, especialmente nos territórios de maior risco.

Referências:

1. OPAS. Organização Mundial da Saúde. Violência contra as mulheres. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>>
 2. IBGE. Censo Demográfico. 2022. Acesso em: Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/porto-alegre/pesquisa/10101/0>>
 3. MONTEIRO, F.G.M; ROMIO, J.A.F; DREZZET, J. Existe diferença de raça/cor do feminicídio no Brasil? A desigualdade das taxas de mortalidade por causas violentas entre mulheres brancas e negras. J Hum Growth Dev;31(2):358-366, 2021. Disponível em:< [Existe diferença de raça/cor do feminicídio no Brasil?: A desigualdade das taxas de mortalidade por causas violentas entre mulheres brancas e negras](#)>
 4. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Prático de Cuidado à Mulher em Situação de Violência. Brasília - DF. 2025. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2025/guia-pratico-de-cuidado-a-mulher-em-situacao-de-violencia.pdf>>
 5. PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2022-2025. Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/sites/sms/PLANO%20MUNICIPAL%20DE%20SA%C3%9ADE%202022-2025.pdf>
 6. THE WELL PROJECT. Violência contra a mulher e HIV 12 de Junho de 2024 . Disponível em: <<https://www.thewellproject.org/hiv-information/violence-against-women-and-hiv>>
 7. FIOCRUZ. Determinantes Sociais e Desigualdades em Saúde. Bahia. Disponível em: <<https://cidacs.bahia.fiocruz.br/sifilis/capacidade/determinantes-sociais-e-desigualdades-em-saude/>>
 8. Cassela PLCS, Trizot MHS, Frasson M, Nieddemeyer MW, Gertrudes ME, Fujisawa RG, et al. Influência dos aspectos sociais na suscetibilidade à doença e na efetividade do tratamento da tuberculose. Braz J Infect Dis. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102442>>
-

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA



prefeitura de
PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Perfil Epidemiológico e Sociodemográfico da Mortalidade Feminina por Agressão

em Porto Alegre
(2015-2024)

