



Estimativas corrigidas de feminicídios no Brasil, 2009 a 2011

Leila Posenato Garcia,¹ Lucia Rolim Santana de Freitas,²
Gabriela Drummond Marques da Silva³ e Doroteia Aparecida Höfelmann⁴

Como citar Garcia LP, Freitas LRS, Silva GDM, Höfelmann DA. Estimativas corrigidas de feminicídios no Brasil, 2009 a 2011. Rev Panam Salud Publica. 2015;37(4/5):251-7.

RESUMO **Objetivo.** Estimar as taxas de feminicídios corrigidas e apresentar o perfil desses óbitos no Brasil durante o triênio de 2009 a 2011.

Métodos. Foi realizado estudo descritivo com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Foram considerados como feminicídios os óbitos de mulheres cuja causa básica foi classificada nos códigos X85–Y09 da CID-10 (agressões). Esses dados foram corrigidos em duas etapas: redistribuição proporcional dos eventos cuja intenção é indeterminada (Y10–Y34) e aplicação de fatores de correção das taxas de mortalidade descritos anteriormente na literatura.

Resultados. No período analisado, foram registrados 13 071 feminicídios no SIM. Após a correção, estimou-se a ocorrência de 17 167 feminicídios, o que equivale a uma taxa de 5,86 óbitos por 100 000 mulheres. Taxas mais elevadas foram observadas nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte (6,93, 6,88 e 6,43 óbitos por 100 000 mulheres, respectivamente), enquanto as mais baixas foram nas regiões Sul e Sudeste (5,07 e 5,09 óbitos por 100 000 mulheres, respectivamente). Entre as vítimas, 29,7% tinham entre 20 e 29 anos; 60,9% eram negras; 48% daquelas com 15 ou mais anos de idade tinham até 8 anos de estudo. Houve envolvimento de armas de fogo em 50,2% das mortes; 27,6% ocorreram no domicílio e 35,1% aos finais de semana.

Conclusões. As taxas de feminicídios foram elevadas e corroboram a necessidade de correção, visando a reduzir a subestimação. As vítimas foram mulheres de todas as faixas etárias, etnias e níveis de escolaridade. Todavia, as principais vítimas foram mulheres jovens, negras e com baixa escolaridade, residentes nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte.

Palavras-chave Saúde da mulher; violência contra a mulher; mortalidade; epidemiologia descritiva; técnicas de estimativa; Brasil.

A expressão máxima da violência contra a mulher é o óbito. Na década de 1970, conforme Radford e Russel (1), o movimento feminista empregou

¹ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília (DF), Brasil. Correspondência: leila.garcia@ipea.gov.br

² Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical, Brasília (DF), Brasil.

³ Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Brasília (DF), Brasil

⁴ Universidade Federal do Paraná, Departamento de Nutrição, Curitiba (PR), Brasil.

o termo feminicídio para referir-se exclusivamente à morte de uma mulher causada por um homem em razão de conflito de gênero. Na década de 1990, esses mesmos autores utilizaram o termo para descrever as mortes de mulheres e meninas em decorrência de seu gênero (1). Todavia, essa definição foi posteriormente ampliada para incluir qualquer morte de mulher por violência (2, 3).

Os feminicídios são geralmente perpetrados por homens e diferem, em

diversos aspectos, dos assassinatos de homens. Por exemplo, a maioria dos feminicídios tem envolvimento de parceiros ou ex-parceiros e decorre de situações de abuso no domicílio, ameaças, intimidação ou violência sexual ou de situações nas quais a mulher tem menos poder ou menos recursos do que o homem (3).

Os parceiros íntimos são os principais assassinos de mulheres. Aproximadamente 40% de todos os homicídios de

mulheres no mundo são cometidos por um parceiro íntimo (4). No Brasil, foram contabilizados 19 459 feminicídios no período de 2003 a 2007 (5). De 2007 a 2011, a taxa anual de mortalidade de mulheres por agressões foi estimada em 5,22 óbitos por 100 000 mulheres, o que representa aproximadamente 5 000 mortes por ano (6).

Sabe-se que a estimação das taxas de mortalidade específicas por determinados agravos, de maneira direta, a partir dos sistemas de informação, resulta em subestimação. Tanto problemas de cobertura (subnotificação de óbitos) como de qualidade (óbitos registrados com causas mal definidas ou não especificadas) contribuem para essa subestimação (7, 8). Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo estimar as taxas corrigidas de feminicídios e apresentar o perfil desses óbitos no Brasil no período de 2009 a 2011.

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se estudo descritivo com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) referentes ao período de 2009 a 2011. Os dados foram agregados em triênio visando a reduzir a flutuação aleatória dos indicadores calculados, que é esperada quando se consideram recortes temporais e espaciais restritos.

Foi adotada a definição mais ampla de feminicídio, que engloba qualquer morte de mulher por violência, de acordo com estudos prévios (2, 3, 5, 6). Essa abordagem foi selecionada por permitir comparações internacionais (2) e por ser aquela possível a partir da fonte de dados utilizada, que não registra informação referente à relação entre vítima e perpetrador.

Assim, foram considerados os óbitos de mulheres classificados nos códigos X85–Y09 da Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Conforme o detalhamento a seguir, a correção foi realizada em duas etapas: a primeira consistiu na redistribuição proporcional dos óbitos classificados como eventos cuja intenção é indeterminada (Y10–Y34). A segunda etapa envolveu a aplicação de fatores de correção das taxas de mortalidade.

Considerando-se a elevada proporção de registros no SIM cuja causa bá-

sica do óbito é classificada como evento cuja intenção é indeterminada (6, 9), realizou-se correção mediante redistribuição proporcional desses óbitos. Para isso, inicialmente, foram considerados os óbitos por causas externas, classificados nos seguintes grupos de causas, que fazem parte do capítulo XX da CID-10 (10): outras causas externas de traumatismos acidentais (W00–X59), lesões autoprovocadas intencionalmente (X60–X84), agressões (X85–Y09), eventos cuja intenção é indeterminada (Y10–Y34) e intervenções legais (Y35). Em seguida, procedeu-se à redistribuição proporcional. Para isso, inicialmente foi calculada a proporção de óbitos por agressões (X85–Y09) em relação ao total de óbitos por outras causas externas acidentais e intencionais (W00–X59, X60–X84, X85–Y09, Y35). A seguir, essa proporção foi multiplicada pelo número de óbitos classificados como eventos cuja intenção é indeterminada (Y10–Y34). Como resultado, obteve-se a parcela proporcional correspondente aos óbitos por agressões em relação ao total dos óbitos classificados como eventos cuja intenção é indeterminada, que foi finalmente somada ao número de óbitos por agressões, conforme registrado no SIM. Essa estratégia foi adotada com base em estudos que detectaram poucas alterações na distribuição proporcional dos óbitos femininos por causas externas após a investigação daqueles classificados como eventos cuja intenção é indeterminada (11, 12). O total dessa soma foi utilizado como numerador para o cálculo das taxas de feminicídios no Brasil e macrorregiões.

Sobre o total calculado na primeira etapa foram aplicados fatores de correção das taxas de mortalidade, produzidos por Szwarcwald et al. (13). Os fatores de correção foram obtidos por um estudo realizado em 2008, que estimou as coberturas dos sistemas de informações vitais nos municípios brasileiros mediante busca ativa de óbitos em uma amostra de municípios localizados na região Nordeste e na Amazônia Legal. Para o Brasil, a cobertura do SIM foi estimada em 93%. Contudo, em municípios pequenos localizados no Nordeste e Amazônia Legal, as informações sobre mortalidade apresentaram cobertura inadequada. Entre os 129 municípios que participaram do estudo, a média do fator de correção de óbitos foi de 1,26 e a mediana foi 1,13, com amplitude de 1,00 a 3,44. A partir dos dados obtidos nos

municípios pesquisados, foram estimados fatores de correção para municípios, estados e macrorregiões (13).

A seguir, foram calculadas as taxas de feminicídios por 100 000 mulheres. O denominador foi o total da população feminina residente, proveniente do Censo Demográfico de 2010, multiplicado por três, considerando-se os 3 anos para os quais foram contabilizados os óbitos (2009 a 2011).

A partir dos óbitos por agressões registrados no SIM (CID-10: X85–Y09) e da redistribuição proporcional dos eventos cuja intenção é indeterminada, foi calculada a mortalidade proporcional segundo as seguintes características: região (Norte, Nordeste, Sudeste, Centro-Oeste, Sul), idade (<10, 10 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 e mais anos), cor da pele (branca/amarela, negra [preta/parda] e indígena), escolaridade das vítimas com 15 anos ou mais de idade (<8 anos de estudo, ≥ 8 anos de estudo, ignorada), local de ocorrência (hospital ou outro estabelecimento de saúde, domicílio, via pública, outros) e dia da semana de ocorrência do óbito. As categorias de cor da pele branca e amarela foram agregadas, devido à baixa representatividade da categoria amarela.

Também foi calculada a mortalidade proporcional segundo causa do óbito, considerando-se as seguintes categorias, segundo códigos da CID-10: lesão por arma de fogo (X93–X95), por instrumento perfurante, cortante ou contundente (X99, Y00), por enforcamento (X91), por maus tratos (Y04–Y07), outros (X85–X90, X92, X96, Y01–Y03, X97–X98) e não especificada (Y08–Y09).

Foram utilizados exclusivamente dados de acesso público e sem identificação dos sujeitos, em conformidade com a Resolução 466/2013 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas com seres humanos no Brasil.

RESULTADOS

No Brasil, no período de 2009 a 2011, foram registrados 13 071 feminicídios no SIM, o que equivale a uma taxa bruta de mortalidade de 4,48 óbitos por 100 000 mulheres. Após a primeira etapa de correção mediante redistribuição proporcional, estimou-se a ocorrência de 15 845 feminicídios, resultando em uma taxa de 5,43 óbitos por 100 000 mulheres. Após a segunda etapa, utilizando o fator de correção, foram estimados

17 167 óbitos, equivalendo a uma taxa de 5,86 por 100 000 mulheres (tabela 1). Isso representou uma subestimação de 24% nos dados obtidos a partir do SIM. Após a correção, estimamos a ocorrência de 5 722 mortes de mulheres por causas violentas a cada ano, 477 a cada mês, 16 a cada dia, ou uma a cada 1h32m.

Como mostra a tabela 1, taxas de feminicídios corrigidas mais elevadas foram observadas nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte. Por sua vez, as regiões Sul e Sudeste tiveram as taxas mais baixas. É importante destacar que, apesar das diferenças das taxas entre regiões, a amplitude não foi grande (6,93 no Nordeste contra 5,07 no Sul), de modo que as taxas não podem ser consideradas baixas para quaisquer das macrorregiões do país (tabela 1).

A tabela 2 mostra o perfil das vítimas de feminicídios. As mulheres jovens foram as principais vítimas, principalmente nas faixas de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos. Mais da metade dos óbitos foi de mulheres negras. Em relação à escolaridade das vítimas com 15 ou mais anos de idade, o grupo com menos de 8 anos de estudo representou pouco mais do que o dobro do grupo com 8 ou mais anos de estudo. Todavia, destaca-se que, em 30,7% dos óbitos, a informação sobre escolaridade era ignorada. Metade dos feminicídios envolveu o uso de armas de fogo e um terço o uso de instrumento perfurante, cortante ou contundente. Enforcamento ou sufocação foram registrados em 5,9% dos óbitos. Maus tratos — incluindo agressão por meio de força corporal, agres-

são sexual por força física, negligência, abandono e outras síndromes de maus tratos (crueldade mental e tortura) — foram registrados em 2,7% dos óbitos. Os principais locais de ocorrência do óbito foram o domicílio, a via pública e o hospital ou outro estabelecimento de saúde. Mais de um terço dos feminicídios ocorreu aos finais de semana. Os domingos concentraram quase um quinto das mortes (tabela 2).

DISCUSSÃO

A ocorrência de feminicídios no Brasil, conforme os dados deste estudo, é elevada: uma mulher é morta de maneira violenta a cada hora e meia no país. As vítimas foram mulheres de todas as faixas etárias, etnias e níveis de escolaridade. Todavia, as principais vítimas foram mulheres jovens, negras e com baixa escolaridade, residentes nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte.

As estimativas das taxas de feminicídios apresentadas tendem a ser mais precisas do que aquelas obtidas em estudos anteriormente realizados, que desconsideraram a necessidade de correção. Ademais, o fato de terem sido agregados 3 anos (2009 a 2011) fornece estabilidade às taxas. Quando apenas 1 ano é considerado, as taxas podem ser influenciadas por flutuações aleatórias.

As características dos feminicídios estudados foram comparáveis àquelas dos casos de violência contra a mulher notificados ao Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) do Ministério da Saúde (14). Do total de casos de violência contra a mulher notificados ao VIVA em 2008, a maior parte referia-se a mulheres jovens (51,2% de 20 a 39 anos). Em 75,9% dos casos, os agressores eram familiares e conhecidos. Aproximadamente 39,7% das mulheres indicaram ter sofrido violência de repetição, enquanto que entre os homens esse percentual foi de 26,3% (14).

A ocorrência de mais de um terço dos óbitos aos finais de semana também coincide com o perfil dos casos de violência notificados ao VIVA, segundo o qual as maiores proporções de atendimento foram observadas aos sábados (15,4%) e aos domingos (16,7%) (14). O maior uso de bebidas alcóolicas é um fator relacionado à maior ocorrência de episódios de violência contra a mulher aos finais de semana, como verificado em outros tipos de violência (15).

TABELA 1. Óbitos e taxas de mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, regiões e unidades da federação, 2009 a 2011

Região/unidade da federação	No. ^a	No. corrigido primeira etapa ^b	No. corrigido segunda etapa ^c	Fator de correção ^d	Taxa de mortalidade corrigida ^e
Brasil	13 071	15 895	17 167	1,08	5,86
Norte	1 197	1 256	1 507	1,20	6,43
Rondônia	136	148	175	1,18	6,49
Acre	51	53	59	1,12	4,87
Amazonas	212	217	262	1,21	4,19
Roraima	45	49	56	1,15	7,59
Pará	591	625	763	1,22	5,56
Amapá	47	49	60	1,23	4,92
Tocantins	115	118	137	1,16	5,89
Nordeste	4 004	4 928	5 668	1,15	6,93
Maranhão	332	355	465	1,31	3,60
Piauí	104	116	132	1,14	2,42
Ceará	488	590	672	1,14	4,51
Rio Grande do Norte	195	263	311	1,18	5,42
Paraíba	357	373	414	1,11	6,39
Pernambuco	808	1 009	1 079	1,07	7,36
Alagoas	386	393	429	1,09	8,12
Sergipe	139	158	172	1,09	4,98
Bahia	1 195	1 683	1 986	1,18	7,75
Sudeste	4 697	6 152	6 336	1,03	5,09
Minas Gerais	1 252	1 684	1 870	1,11	5,59
Espírito Santo	550	591	603	1,02	11,05
Rio de Janeiro	985	1 489	1 489	1,00	5,92
São Paulo	1 910	2 319	2 366	1,02	3,64
Sul	1 882	2 052	2 134	1,04	5,07
Paraná	950	1 002	1 022	1,02	6,23
Santa Catarina	278	293	314	1,07	3,12
Rio Grande do Sul	654	749	771	1,03	4,52
Centro-Oeste	1 291	1 366	1 462	1,07	6,88
Mato Grosso do Sul	218	232	274	1,18	6,35
Mato Grosso	262	287	315	1,10	6,42
Goiás	591	626	689	1,10	6,90
Distrito Federal	220	222	222	1,00	5,47

^a Número de óbitos por agressões (códigos da CID-10: X85-Y09) obtido diretamente do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

^b Número de óbitos corrigido mediante soma da parcela proporcional dos óbitos por agressão em relação ao total dos óbitos cuja intenção é indeterminada ao número de óbitos por agressão.

^c Número de óbitos corrigido após multiplicação do n corrigido na primeira etapa pelos fatores de correção.

^d Fatores de correção das taxas de mortalidade, produzidos por Szwarcwald et al. (13).

^e Por 100 000 mulheres.

TABELA 2. Distribuição dos óbitos de mulheres por agressões, segundo características das vítimas e da ocorrência, Brasil, 2009 a 2011

Variáveis	No. ^a	No. corrigido primeira etapa ^b	%
Brasil	13 071	15 895	—
Faixa etária (anos)			
< 10	344	388	2,6
10 a 19	1 934	2 143	14,6
20 a 29	3 871	4 361	29,7
30 a 39	3 024	3 432	23,4
40 a 49	1 776	2 098	14,3
50 a 59	872	1 080	7,4
60 a 69	449	577	3,9
≥ 70 anos	458	609	4,1
Cor ou raça			
Branca/amarela	4 711	5 789	38,6
Preta/parda	7 610	9 132	60,9
Indígena	71	76	0,5
Escolaridade (anos de estudo)			
< 8	5 756	7 163	47,1
≥ 8	2 736	3 361	22,1
Ignorado	3 918	4 671	30,7
Porte do Município			
Pequeno porte 1	1 667	1 910	12,2
Pequeno porte 2	2 071	2 364	15,1
Médio porte	1 547	1 801	11,5
Grande porte	4 550	5 472	35,0
Metrópoles	3 049	4 082	26,1
Causas			
Arma de fogo	6 556	—	50,2
Instrumento perfurante, cortante ou contundente	4 381	—	33,5
Enforcamento	765	—	5,9
Maus tratos	346	—	2,7
Outros	273	—	2,1
Não especificado	750	—	5,7
Local de ocorrência do óbito			
Hospital ou outro estabelecimento de saúde	3 297	4 300	28,3
Domicílio	3 735	4 193	27,6
Via pública	4 027	4 581	30,1
Outros	1 886	2 122	14,0
Dia da semana			
Segunda-feira	1 931	2 363	14,9
Terça-feira	1 592	1 953	12,3
Quarta-feira	1 561	1 912	12,0
Quinta-feira	1 683	2 049	12,9
Sexta-feira	1 652	2 029	12,8
Sábado	2 118	2 541	16,0
Domingo	2 534	3 034	19,1

^a Número de óbitos por agressões (códigos da CID-10: X85-Y09) obtido diretamente do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

^b Número de óbitos corrigido mediante soma da parcela proporcional dos óbitos por agressão em relação ao total dos óbitos cuja intenção é indeterminada ao número de óbitos por agressão.

A relação entre consumo abusivo de álcool e violência doméstica é amplamente conhecida e documentada (16). Um estudo realizado nos Estados Unidos revelou que o uso de álcool pelo agressor foi associado a um aumento de oito vezes na ocorrência de abuso à mulher e um aumento de duas vezes no risco de feminicídio ou tentativa de feminicídio, após ajuste para variáveis demográficas (17). Não obstante, o uso do álcool é apenas um dos fatores que contribuem em uma complexa rede causal.

As lesões por armas de fogo foram a causa de metade dos feminicídios des-

critos no presente estudo, seguidas por instrumento perfurante, cortante ou contundente e por enforcamento. Situação similar foi observada no Estados Unidos, onde as armas de fogo foram os instrumentos mais comumente empregados em homicídios de parceiro íntimo. Campbell et al. (18) investigaram os fatores de risco para feminicídio em 11 cidades nos Estados Unidos. O uso de arma pelo agressor no incidente de abuso mais grave anterior à morte foi associado com uma chance 40 vezes maior de feminicídio, após ajuste para outros fatores. Na Inglaterra e no País de Gales,

os instrumentos cortantes foram mais comumente usados, mas também foi frequente o estrangulamento (19).

A elevada ocorrência de óbitos nos domicílios sugere relação com situações de violência doméstica e familiar contra a mulher. O domicílio também foi destacado como importante local de ocorrência de mortes de mulheres em outro estudo sobre feminicídios no Brasil, no período de 2003 a 2007 (5). Por sua vez, a via pública também foi local frequente de ocorrência de feminicídios, o que não permite descaracterizar esses óbitos como decorrentes de violência doméstica e familiar. Estudo realizado nos Estados Unidos demonstrou associação positiva entre a mulher sair à noite e a ocorrência de agressão pelo parceiro (20).

É conhecido que existem importantes diferenciais de gênero na mortalidade por agressões, sendo a mortalidade masculina superior à feminina. No Brasil, em 2007, a taxa de mortalidade por agressões foi de 46,2 por 100 000 homens e de 3,9 por 100 000 mulheres. Todavia, entre as mulheres, os óbitos por violência ocorrem principalmente no ambiente familiar e são decorrentes de agressão perpetrada por conhecidos (21). Adicionalmente, de maneira consistente, em 66 países o parceiro íntimo foi o principal perpetrador da violência nos casos de morte de mulheres por agressões (4).

Uma revisão da literatura sobre as características dos perpetradores revelou que a violência contra a parceira íntima relacionava-se à situação de trabalho e a dificuldades financeiras, assim como à baixa escolaridade. Todavia, o estudo destaca a existência de lacuna na literatura quanto às motivações e aos condicionantes associados a quem perpetra a violência doméstica, conhecimento relevante para o estabelecimento de políticas de enfrentamento a esse tipo de violência (22).

Por sua vez, as mulheres que matam seus parceiros íntimos geralmente agem em autodefesa, ou seja, também são vítimas, e reagem a situações de ameaça e intimidação (22). A maioria dos homicídios de parceiros íntimos envolve violência contra a mulher perpetrada pelo homem antes do assassinato, não importando qual parceiro é morto (23). Portanto, uma das principais maneiras de evitar os feminicídios é identificar e intervir nas situações de violência física contra a mulher (18).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) indica a necessidade de melhorar a capacidade dos serviços de saúde de identificarem a violência doméstica contra a mulher e o risco de feminicídio (24). O encaminhamento adequado da mulher agredida e seu acesso aos serviços de segurança pública e justiça para a obtenção de medidas protetivas pode fazer a diferença entre a vida e a morte.

Estima-se que, no mundo, 35% das mulheres já tenham sofrido violência física ou sexual perpetrada por parceiro íntimo ou violência sexual por não parceiro (25). No Brasil, uma pesquisa encomendada pela Secretaria de Políticas para as Mulheres, da Presidência da República, em 2013, revelou que 54% dos entrevistados declararam conhecer pelo menos uma mulher que havia sido agredida por um parceiro e 56% afirmaram conhecer pelo menos um homem que havia agredido uma parceira (26). Outra pesquisa, do Instituto Avon e do Data Popular, realizada no mesmo ano, revelou que mais da metade dos homens admitiu que já havia cometido alguma ação considerada violência contra a mulher, como xingar, empurrar, humilhar em público ou ameaçar com palavras (27).

Esses dados são reflexo da marcante desigualdade de gênero existente no Brasil. Segundo dados do censo demográfico de 2010, as mulheres perfaziam 51% da população brasileira. Porém, grande parte das mulheres possuía baixa escolaridade e baixa renda. Conforme o censo, mais de 7 milhões de mulheres com 10 anos ou mais de idade (8,5%) não eram capazes de ler ou escrever um bilhete simples. A renda média das mulheres com 10 anos ou mais de idade era próxima ao salário mínimo vigente, equivalente a pouco mais da metade do rendimento médio dos homens (28). Na política, apesar de a presidente da república ser mulher, a representação é ainda muito desigual. Nas eleições de 2010, do total de candidatos eleitos, as mulheres ocuparam apenas 12% do total dos cargos. No Congresso Nacional, as mulheres ocupavam menos de 10% das vagas (29). Essa situação contribuiu para que o Brasil estivesse colocado, em 2013, na 62ª posição no *ranking* de igualdade de gênero, segundo o relatório do Fórum Econômico Mundial (30).

A violência contra a mulher é um fenômeno global. Em muitos países, além das desvantagens sociais e econômicas,

as mulheres também sofrem com leis discriminatórias e vieses de gênero nos processos envolvendo casos de violência, particularmente entre parceiros íntimos. O empoderamento das mulheres e a igualdade de gênero na vida pública, política, econômica e social estão fortemente associados com a boa governança, o estado de direito e a paz. O combate à violência contra a mulher e a igualdade de gênero são temas que estão sendo debatidos em diversas instâncias internacionais para inclusão nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável pós-2015 da Organização das Nações Unidas (ONU) (31). Essas questões podem ser incorporadas como alvos em diversas metas de desenvolvimento, ou como uma meta específica. Caso essa intenção seja aprovada pela Assembleia das Nações Unidas, espera-se que ocorram mudanças bastante positivas na situação das mulheres no mundo e, consequentemente, no desenvolvimento social global.

Destaca-se que o presente estudo apresenta limitações. As diferenças regionais observadas podem representar padrões diferentes dos feminicídios, relacionados com a aceitação cultural da violência contra a mulher e sua ocorrência, assim como pode haver um efeito residual da qualidade da informação e da cobertura do registro de mortalidade. Quando é elevada a proporção dos eventos cuja intenção é indeterminada em relação ao total dos óbitos por causas externas, consequentemente a mortalidade por homicídios, suicídios e acidentes é subestimada (7). Visando a corrigir a provável subnotificação da mortalidade, no presente estudo, foi realizada correção do número de óbitos de mulheres por agressões, mediante redistribuição proporcional dos eventos cuja intenção é indeterminada. Porém, a correção mediante redistribuição ainda pode ter resultado em subestimação das taxas nos locais onde a qualidade dos registros é deficiente, como aqueles que não possuem Instituto Médico Legal ou Serviço de Verificação de Óbitos.

Em relação à cobertura dos registros, para o Brasil como um todo, esta é considerada satisfatória, uma vez que, a partir de 2000, o SIM começou a registrar maior quantidade de óbitos que os cartórios (32). Todavia, em alguns municípios ainda existem óbitos para os quais não é feita a emissão da declaração de óbito (DO), caracterizando subnotifi-

cação desses eventos vitais no SIM (13). Essa situação ocorre, particularmente, em municípios de menor porte e localizados nas regiões Norte e Nordeste, que apresentam deficiência de cobertura dos serviços de saúde, predominantemente rurais e com presença de cemitérios não oficiais (32–34). Em 2008, 30% dos municípios brasileiros ainda apresentavam cobertura do SIM menor que 80% (13).

Visando a minimizar a subestimação da cobertura, empregaram-se fatores de correção das taxas de mortalidade. Não obstante, os fatores empregados foram estimados para mortalidade geral e utilizados, no presente estudo, para correção da mortalidade específica de mulheres por agressões, o que é uma limitação do estudo. Outra limitação está relacionada ao emprego de fatores estimados para 2008 para correção de taxas referentes ao período de 2009 a 2011.

Contudo, acreditamos que, mesmo com a correção em duas etapas realizada no presente estudo, tenha persistido uma subestimação residual das taxas de feminicídios, uma vez que é possível que o sub-registro de óbitos por violência no SIM seja maior do que aquele dos óbitos por causas não violentas, especialmente nos locais onde a cobertura do sistema é mais baixa e a qualidade dos dados, mais deficiente. Essa subestimação somente poderia ser mensurada agregando-se informações de estudos que realizassem busca ativa de óbitos e investigação das causas.

A impossibilidade da identificação da relação entre vítima e agressor também poderia ser considerada uma limitação. Todavia, há que se destacar que este não foi um objetivo do estudo e que a definição de feminicídio adotada foi a mais ampla. A obtenção de informações acuradas sobre feminicídios e sua relação com a violência de gênero é um desafio, pois, na maioria dos países, assim como no Brasil, os sistemas de informação sobre mortalidade não documentam a relação entre vítima e perpetrador, nem os motivos da morte por agressão (3). Conhecer essa realidade é importante para subsidiar e avaliar políticas públicas, não havendo dúvidas de que informações mais detalhadas são necessárias. Frente a isso, recomenda-se a inclusão de um campo na DO visando a permitir a identificação dos óbitos de mulheres decorrentes de situações de violência doméstica, familiar ou sexual. Essa inclusão poderia ser feita no bloco VII da

DO, referente às causas externas, no qual devem ser preenchidas informações referentes a prováveis circunstâncias de morte não natural, a exemplo do que existe para acidentes de trabalho.

Conclui-se que a magnitude dos feminicídios foi elevada em todas as regiões

brasileiras e que o perfil dos óbitos foi, em grande parte, compatível com situações relacionadas à violência doméstica e familiar contra a mulher. Essa situação é preocupante, uma vez que os feminicídios são óbitos completamente evitáveis, que abreviam as vidas de muitas mulhe-

res jovens, causando perdas inestimáveis, além de consequências potencialmente adversas para as crianças, para as famílias e para a sociedade.

Conflitos de interesse. Nada declarado pelas autoras.

REFERÊNCIAS

- Radford J, Russel DEH. *Femicides: the politics of woman killing*. New York: Twayne Publishers; 1992.
- Small Arms Survey. *Femicide: a global problem*. Research Notes. 2012;14:1-4. Disponível em: http://www.smallarmssurvey.org/fileadmin/docs/H-Research_Notes/SAS-Research-Note-14.pdf Acessado em 24 de janeiro de 2015.
- World Health Organization (WHO). *Understanding and addressing violence against women*. Genebra: WHO; 2013. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/en/ Acessado em 24 de janeiro de 2015.
- Stockl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet*. 2013;382(9895):859-65.
- Meneghel SN, Hirakata VN. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2011;45(3):564-74.
- Garcia LP, Freitas LRS, Hofelmann DA. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil. *Epidemiol Serv Saude*. 2013;22(3):383-94.
- Alazraqi M, Spinelli H, Zunino MG, Souza ER. Calidad de los sistemas de información de mortalidad por violencias en Argentina y Brasil — 1990-2010. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(12):3279-88.
- Vasconcelos AMN. Qualidade das estatísticas de óbitos no Brasil: uma classificação das Unidades da Federação. 2000. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/todos/saut7_1.pdf Acessado em 24 de janeiro de 2015.
- Cerqueira D. Mapa de homicídios ocultos no Brasil. Brasília, Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2013. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=19232 Acessado em 24 de janeiro de 2015.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação Internacional de Doenças: décima revisão (CID-10)*. São Paulo: EDUSP; 2008.
- Cardoso MP, Faundes A. Mortalidade de mulheres em idade fértil devido a causas externas no Município de Cascavel, Parana, Brasil, 1991 a 2000. *Cad Saude Publica*. 2006;22(10):2241-8.
- Matos SGE, Proietti FA, Barata RCB. Confiabilidade da informação sobre mortalidade por violência em Belo Horizonte, MG. *Rev Saude Publica*. 2007;41(1):76-84.
- Szwarcwald CL, Morais-Neto OL, Frias PG, Souza Júnior PRB, Escalante JJC, et al. Busca ativa de óbitos e nascimentos no Nordeste e na Amazônia Legal: estimação das coberturas do SIM e do Sinasc nos municípios brasileiros. Em: Ministério da Saúde — Secretaria de Vigilância em Saúde — Departamento de Análise de Situação em Saúde; Coordenação Geral de Informação e Análise epidemiológica CGIAE; Núcleo de Comunicação. *Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde*. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Pp. 79-98. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2010.pdf Acessado em 25 de janeiro de 2015.
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/viva_2008_2009_violencias_acidentes.pdf Acessado em 24 de janeiro de 2015.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World report on violence and health*. Genebra: World Health Organization (WHO); 2002. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/chapters/en/ Acessado em 24 de janeiro de 2015.
- Devries KM, Child JC, Bacchus LJ, Mak J, Falder G, Graham K, et al. Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2014;109(3):379-91.
- Sharps PW, Campbell J, Campbell D, Gary F, Webster D. The role of alcohol use in intimate partner femicide. *Am J Addict*. 2001;10(2):122-35.
- Campbell JC, Webster D, Koziol-McLain J, Block C, Campbell D, Curry MA, et al. Risk factors for femicide in abusive relationships: results from a multisite case control study. *Am J Public Health*. 2003;93(7):1089-97.
- Aldridge ML, Browne KD. Perpetrators of spousal homicide: a review. *Trauma Violence Abuse*. 2003;4(3):265-76.
- Dugan L. Domestic violence legislation: exploring its impact on the likelihood of domestic violence, police involvement, and arrest [research report]. *Criminol Public Policy*. 2003;2(2):283-312.
- de Souza ER, Gomes R, Guimaraes e Silva J, Correia BS, da Silva MM. Morbimortalidade de homens jovens brasileiros por agressão: expressao dos diferenciais de gênero. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(12):3243-8.
- Johnson H, Hotton T. Losing control: homicide risk in estranged and intact intimate relationships. *Homicide Studies*. 2003;1(7):58-84.
- Mcfarlane J, Campbell JC, Wilt S, Sachs C, Ulrich Y, Xu X. Stalking and intimate partner femicide. *Homicide Studies*. 1999;3(4):300-16.
- World Health Organization (WHO). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Genebra: WHO; 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf Acessado em 24 de janeiro de 2015.
- World Health Organization (WHO). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Genebra: WHO; 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf Acessado em 24 de janeiro de 2015.
- Data Popular, Instituto Patrícia Galvão. *Percepção da sociedade sobre violência e assassinatos de mulheres*. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2013. Disponível em: http://agenciapatriciagalvao.org.br/wp-content/uploads/2013/08/livro_pesquisa_violencia.pdf Acessado em 24 de janeiro de 2015.
- Instituto Avon, Data Popular. *Percepções dos homens sobre a violência doméstica contra a mulher*. Instituto Avon: 2013. Disponível em: http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2013/12/folderpesquisa_instituto22x44_5.pdf Acessado em 25 de janeiro de 2015.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios. Resultados do universo*. Rio de Janeiro: IBGE; 2011. http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf Acessado em 25 de janeiro de 2015.
- Brasil, Presidência da República, Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Relatório Anual Socioeconômico da Mulher*. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2013. Disponível em: http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2014/01/RASEAM_interativo.pdf Acessado em 24 de janeiro de 2015.
- World Economic Forum (WEF). *The Global Gender Gap Report 2013*. Genebra: WEF; 2013. Disponível em: <http://www.weforum.org>

- org/reports/global-gender-gap-report-2013. Acessado em 24 de janeiro de 2015.
31. Open Working Group on Sustainable Development Goals. TST Issues brief: conflict prevention, post-conflict peacebuilding and the promotion of durable peace, rule of law and governance. Nova Iorque: United Nations; 2014. Disponível em: https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/2639Issues%20Brief%20on%20Peace%20etc_FINAL_21_Nov.pdf. Acessado em 24 de janeiro de 2015.
32. Mello-Jorge MHP, Laurenti R, Gotlieb SLD. O Sistema de Informações sobre Mortalidade — SIM: concepção, implantação e avaliação. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde: produção e disseminação sobre saúde no Brasil. 1. Brasília: Ministério da Saúde: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; 2009. Pp.71–96. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volume1.pdf. Acessado em 25 de janeiro de 2015.
33. Cunha CC, Campos D, França EB. Uso da busca ativa de óbitos na avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade em Minas Gerais, Brasil. *Rev Epidemiol Serviços Saude*. 2011;20(3): 275–86.
34. Frias PG, Pereira PM, Andrade CL, Szwarwald CL. Mortality Data System: a case study on municipalities with data under-reporting. *Cad Saude Publica*. 2008;24(10): 2257–66.

Manuscrito recebido em 3 de julho de 2014. Aceito em versão revisada em 13 de janeiro de 2015.

ABSTRACT

Corrected estimates of femicides in Brazil, 2009 to 2011

Objective. To estimate the corrected femicide rates and to describe the characteristics of these deaths in Brazil during the 2009–2011 triennium.

Methods. A descriptive study was performed with data from the Brazilian Mortality Information System. Femicides were defined as all female deaths classified in the Assault chapter of ICD-10 (X85–Y09). These data underwent two correction procedures: proportional redistribution of events of undetermined intent (Y10–Y34) and application of correction factors for mortality rates previously described in the literature.

Results. During the period analyzed, 13 071 femicides were recorded in the Mortality Information System. After the first correction procedure, 17 167 femicides were estimated, corresponding to a death rate of 5.86 per 100 000 women. Higher femicide rates were recorded in the Northeast, Midwest and North regions of Brazil (6.93, 6.88 and 6.43 deaths per 100 000 women respectively) vs. 5.07 and 5.09 per 100 000 women in the South and Southeast respectively. Of the victims, 29.7% were between 20 and 29 years of age and 60.9% were black. Among women aged 15 years or older, 48% had schooling of not more than 8 years. Fire guns were used in 50.2% of deaths; 27.6% of deaths took place in the household; and 35.1% took place on weekends.

Conclusions. Femicide death rates were high and support the need for correction to reduce underestimation. The victims were women of all age groups, ethnicities, and schooling levels. However, most victims were young, black, with low schooling, living in the Northeast, Midwest, and North of Brazil.

Key words

Women's health; violence against women; mortality; epidemiology, descriptive; estimation techniques; Brazil.