

Homicídios de mulheres em uma capital do Nordeste Brasileiro
Homicide of women in a Brazilian Northeastern capital
Los asesinatos de mujeres en un capitel del Noreste de Brasil

Danillo Kleber Costa do Nascimento¹
Brenda Maria Kamylla Santos Silva¹
Thalita Cantalice Galvão Fonseca¹
José Eulálio Cabral Filho²
Melania Maria Ramos Amorim²
Gilliatt Hanois Falbo Neto²

Maria Arleide da Silva²

¹*Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, Brasil*

²*Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife, Brasil.*

Correspondência

*Av. Dezesete de Agosto,
175 Apt. 601 Casa Forte,
Recife. PE 52060590, Brasil.
D_k_cn@hotmail.com*

Artigo Final, referente ao período de agosto/2013 a agosto/2014, apresentado ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, como parte das exigências do PIBIC/CNPq.

RESUMO

CENÁRIO: a violência contra a mulher, na forma sua forma mais grave, o homicídio, tem vitimado mulheres de forma global. No Brasil, os homicídios femininos, definidos também como femicídio, tem elevado as suas taxas. Indistintamente da sociedade, em vários países este tipo de morte tem modificado indicadores de saúde e se coloca nos primeiros postos do ranking entre as Causas Externas. **OBJETIVO:** identificar a frequência de mulheres vítimas de homicídios na cidade do Recife/Pernambuco/Brasil. **MÉTODOS:** estudo descritivo, observacional, do tipo série de casos, prospectivo, no período de março/2009 a fevereiro/2010, para descrever o perfil epidemiológico, tipo de instrumento utilizado para a agressão letal e características do óbito, incluindo local e assistência prestada á vítima. Foram incluídas 58 mulheres, na faixa etária de 10 a 49 anos, vítimas de homicídio residentes na cidade do Recife, submetidas a necropsia na unidade do Instituto Médico Legal Antonio Persivo Cunha no Recife/PE (IMLAPC). O estudo foi aprovado pelo CEP/Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi um questionário com perguntas fechadas, incluindo variáveis da Declaração de Óbito (DO) e variáveis relacionais: bairro onde residia a vítima, idade, cor, escolaridade, renda mensal da vítima, se tinha companheiro, número de residentes no domicílio onde morava a vítima, se tinha irmãos ou irmã, local do óbito, se recebeu algum tipo de assistência antes do óbito, qual o tipo de assistência recebida e instrumento utilizado para a violência letal. Os dados foram coletados no IMLAPC e todos os familiares responsáveis pela reclamação dos corpos das vítimas que participaram, assinaram TCLE. Os dados foram analisados utilizando-se o programa EpiInfo 3.5.3, de domínio público. Foram realizadas análises de frequência simples para as variáveis categóricas e calcularam-se as medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis quantitativas. **RESULTADOS:** Foram 60 o total de casos identificados, e 58 a amostra final. A idade das vítimas variou entre 12 e 48 anos, com media de 27 anos (DP=8,7). A maioria era adulta (75,9%), a cor parda e preta prevaleceu sobre as de cor branca, respectivamente, 73,3 e 15,5%. A escolaridade das vítimas variou entre um e sete anos completos de estudo. Os dados sobre as características do óbito mostraram que o local mais frequente para a ocorrência do óbito foi a via pública, correspondendo a 50,0% do total e 15,5% aconteceram em serviços de saúde. Apenas 17,2% das vítimas receberam algum tipo de

assistência logo após a violência letal. Em 69,0% dos casos, a arma de fogo foi o instrumento utilizado para agressão que levou ao óbito. **CONCLUSÃO:** predominou entre as vítimas as mulheres adultas jovens e na meia idade, de cor preta e parda, baixa escolaridade, com baixa renda e que tinham companheiro. A via pública como local da ocorrência da agressão e armas de fogo como principal instrumento para violência letal.

Palavras chave: Homicídio; Mulheres; Causa Externa de Morte; Saúde Pública.

Abstract

BACKGROUND: violence against women, as its most severe form, homicide, is victimized women globally. In Brazil, female homicides, also defined as femicide, has raised its rates. Indistinctly of society in many countries this kind of death has changed health indicators and put in first position of the ranking among the external causes.

OBJECTIVE: To identify the frequency of female homicide victims in the city of Recife / Pernambuco / Brazil.

METHODS: A descriptive, observational study, the case series, prospective, from March / February 2009/2010, to describe the epidemiological profile, type of instrument used for lethal aggression and characteristics of death, including location and assistance provided will victim. 58 female murder victims residing in the city of Recife, subjected to necropsy at the Forensic Institute Persivo Antonio Cunha unit in Recife / PE (IMLAPC) were included, aged 10-49 years. The study was approved by the IRB / Instituto de Medicina Integral Integral Professor Fernando Figueira (iMIP). The instrument used for data collection was a questionnaire with closed questions, including variables of the death certificate (DO) and relational variables: neighborhood where the victim resided, age, race, education, monthly income of the victim, had companion, number residents of the home where the victim lived, had brothers or sisters, place of death, was received some assistance before death, what type of assistance received and instrument used for lethal violence. Data were collected in IMLAPC and all family members responsible for the complaint of the bodies of victims who participated signed informed consent. Data were analyzed using the Epi Info 3.5.3 software, public domain. Simple frequency analyzes for categorical variables were performed and calculated the measures of central tendency and dispersion for quantitative variables.

RESULTS: There were 60 total cases identified, 58 and the final sample. The age of the victims ranged between 12 and 48 years, with a mean of 27 years (SD = 8.7). Most were adults (75.9%), the mulatto and black prevailed on white, respectively, 73.3 and 15.5 %%. The education of the victims ranged between one and seven years of schooling. Data on the characteristics of death showed that the most common site for the occurrence of death was a public road, corresponding to 50.0% of the total and 15.5% occurred in health services. Only 17.2% of the victims received some assistance after deadly violence. In 69.0% of cases, the firearm was the instrument used to assault that led to death.

CONCLUSION: predominated among the victims young adult and middle-aged, black and brown color, low education women with low

income and who had a partner. The public saw as place of occurrence of the assault and firearms as the main instrument for lethal violence.

Keywords: Homicide; Women's; External Cause of Death; Public Health.

Homicídios de mulheres em uma capital do Nordeste Brasileiro

A grave crise econômica na América Latina nos anos 80, considerada a “década perdida”, ampliou as desigualdades sociais e produziu maior concentração de renda, contribuindo para a ocupação desordenada das cidades e a redução da oferta de empregos formais, entre outros agravos às condições socioeconômicas, de saúde e segurança da população. No Brasil, este fato social contribuiu para o aumento progressivo da violência e elevação das taxas de homicídios.^{1,2,3}

Durante a década de 90 na cidade de São Paulo/Brasil, a maior concentração urbana do País, as armas de fogo foram o instrumento mais utilizado nos homicídios masculinos e femininos.⁴ Em 2007, no Brasil, os homicídios ocuparam o primeiro lugar entre as mortes violentas, sendo a terceira principal causa externa de morte, com taxa bruta de 50,5: 100.000 habitantes.⁵

A Organização Nações Unidas (ONU) conceitua a violência contra a mulher, como todo o ato violento cometido por motivos de gênero e perpetrado contra mulher. Há amplas implicações vinculadas a esse fenômeno; a maioria dessas vítimas vivem relações movidas pelo poder do homem, instituído socialmente, sobre estas. A dependência do agressor, que comumente se estabelece por questões de ordem financeira ou emocional, faz a mulher assumir uma atitude passiva.⁶ A violência de gênero não letal, mas repetida e a condição de vulnerabilidade da mulher nas relações conjugais consideradas abusivas, são fatores de risco para o homicídio desta.

A violência de gênero, considerada como problema de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS), tem por tipos a violência física, sexual, psicológica e patrimonial, além de ter como ápice a morte da mulher por homicídio ou suicídio e estudos tem demonstrado que a violência contra a mulher é um fenômeno social global, que acontece em várias sociedades e varia a forma como é exercida.⁷

Estima-se que 11% do total de homicídios nas Américas, entre os anos 1999-2009, vitimizaram a população feminina.⁸ Em estudo recente no Brasil, verificadas as taxas de mortalidade de mulheres por agressão, identificou-se que aconteceram, em média, 13,5 mortes nesta população diariamente, no período incluído no estudo.⁹

Na cidade do Recife, Capital do estado de Pernambuco, a mortalidade feminina por homicídios tem uma elevada frequência. Entendendo a importância de conhecer a magnitude desta importante causa externa morte na população de mulheres, este estudo teve por objetivo identificar a frequência de mulheres vítimas de homicídio em Recife/Pernambuco, bem como o local, tipo de arma e se houve assistência antes da agressão letal. Espera-se poder contribuir para as medidas preventivas e cuidados na assistência à saúde, de maneira a minimizar os efeitos deletérios e irreparáveis, desta causa de morte que se pode prevenir.

Método

Realizou-se um estudo descritivo, observacional, do tipo série de casos, prospectivo, no período de março/2009 a fevereiro/2010, para descrever o perfil epidemiológico, tipo de instrumento utilizado para a agressão letal e características do óbito, incluindo local e assistência prestada á vítima. Foram incluídas 58 mulheres, na faixa etária de 10 a 49 anos, vítimas de homicídio residentes na cidade do Recife, submetidas a necropsia na unidade do Instituto Médico Legal Antonio Persivo Cunha no Recife/PE (IMLAPC), único serviço desta natureza na capital do estado de Pernambuco. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) em agosto/2007 sob o nº 1011.¹⁰

A cidade do Recife tem uma área de 218.498 Km², 1.537.704 habitantes, densidade demográfica de 7.037,61hab/Km². Lidera o ranking das capitais brasileiras com menor índice de Gini (0,68).¹¹ No triênio 2002/2004 ocupou o primeiro lugar em taxa acumulada de óbitos por homicídio (198,3: 100 mil habitantes)¹² e no ano 2008 apresentou a segunda maior taxa do País por esta causa externa de morte (61,0: 100 mil habitantes).¹³

O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi um questionário com perguntas fechadas, incluindo variáveis da Declaração de Óbito (DO) e variáveis relacionais: bairro onde residia a vítima, idade, cor, escolaridade, renda mensal da vítima, se tinha companheiro, número de residentes no domicílio onde morava a vítima, se tinha irmãos ou irmã, local do óbito, se recebeu algum tipo de assistência antes do óbito, qual o tipo de assistência recebida e instrumento utilizado para a violência letal.

Foram cinco os auxiliares de pesquisa, devidamente treinados, e a coleta de dados aconteceu no IMLAPC, onde os auxiliares de pesquisa ficaram disponíveis, em

sistema de rodízio, de tal modo que pelo menos um estivesse presente, no período de expediente e horário de liberação de corpos, para identificar os casos e convidar os parentes das vítimas à participação no estudo.

Todos os familiares responsáveis pela reclamação dos corpos das vítimas identificadas como casos foram convidados a participar da pesquisa, esclarecidos sobre o estudo, e quando concordaram em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Quando houve recusa, registraram-se apenas os dados da Declaração de Óbito.

Elaborou-se um banco com dupla entrada, para este fim, e os dados digitados e analisados utilizando-se o programa EpiInfo 3.5.3, de domínio público. Foram realizadas análises de frequência simples para as variáveis categóricas e calcularam-se as medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis quantitativas.

Resultados

Foram 60 o total de casos identificados, destes, um foi excluído porque não foi possível localizar o endereço e o segundo porque não houve reclamação do corpo no IMPLAC, não houve informação sobre o domicílio da vítima e 58 foi o número de casos incluídos no estudo no período da coleta de dados.

A idade das vítimas variou entre 12 e 48 anos, com média de 27 anos (DP=8,7). A maioria era adulta (75,9%), a frequência de mulheres de cor parda e preta prevaleceu sobre as de cor branca, respectivamente, 73,3 e 15,5%. A escolaridade das vítimas variou entre um e sete anos completos de estudo, sendo que a maioria de 58,6% havia cursado o nível fundamental incompleto, 41,4% não recebiam renda ou recebiam menos de um salário mínimo a época da coleta de dados. Foram 46,6% as que tinham companheiro, 51,7% moravam com duas e até cinco pessoas no domicílio e 81% tinham irmão (ã). (Tabela 1)

Tabela 1

Distribuição de mulheres vítimas de homicídio em Recife/PE, 2009/2010. I- Características individuais biológicas e relacionais

Características	n	%
Idade		
≥12 a 19	14	24,1
≥20 a 48	44	75,9
Cor		
Branças	9	15,5
Pretas e pardas	46	73,3
Não informado/ignorado	3	5,2
Escolaridade (Anos completos de estudo)		
Fundamental incompleto	34	58,6
Fundamental completo ou mais	18	31,0
Não informado/ignorado	6	10,3
Renda mensal da vítima		
Nenhuma renda até 1SM	24	41,4
>1SM	17	29,3
Não informado/ignorado	13	29,3
Companheiro		
Sim	27	46,6
Não	19	32,8
Ignorado/não informado	12	20,7
Nº de residentes no domicílio		
Morava sozinha	2	3,4
≥2 até 5 pessoas	30	51,7
≥6 ou mais pessoas	13	22,4
Ignorado/não informado	13	22,4
Tinha irmão(ã)		
Sim	47	81,0
Ignorado/não informado	11	19,0

Fonte: IMLAPC/Recife/PE

Os dados sobre as características do óbito mostraram que o local mais freqüente para a ocorrência do óbito foi a via pública, correspondendo a 50,0% do total e 15,5% aconteceram em serviços de saúde. Apenas 17,2% das vítimas receberam algum tipo de assistência logo após a violência letal, destas 23,1% recebeu assistência pré-hospitalar e 38,5% hospitalar. Em 69,0% dos casos, a arma de fogo foi o instrumento utilizado para agressão que levou ao óbito, 15,5% arma branca e 1,7% estrangulamento. Entre as vítimas de homicídios por arma de fogo, uma sofreu também agressão por arma branca e outro instrumento não identificado; e em outro caso a vítima foi estrangulada e sofreu pauladas. (Tabela 2)

Tabela 2

Local do óbito, assistência à vítima e instrumento utilizado para agressão letal em mulheres vítimas de homicídio no Recife, 2009/2010. N= 58

<i>Características</i>	n	%
Local do óbito		
Serviço de saúde	9	15,5
Domicílio	8	13,8
Via pública	29	50,0
Outro local	2	3,4
Ignorado/não informado	10	17,2
Recebeu algum tipo de assistência		
Sim	10	17,2
Não	34	58,6
Ignorado/não informado	14	24,1
Tipo de assistência		
Pré-hospitalar	3	23,1
Hospitalar	5	38,5
Outro	3	23,1
Instrumento utilizado para a agressão		
Arma de fogo	40	69,0
Arma branca	9	15,5
Estrangulamento	1	1,7
Outro instrumento	3	5,2
Ignorado/não informado	5	8,6

Fonte: IML Recife/Brasil, 2009/2010

Discussão

Estudar homicídios de mulheres mostrou-se uma tarefa difícil. A rotina da coleta de dados, nas dependências de um instituto médico legal, confronta o pesquisador com as adversidades cotidianas inerentes a realização de uma pesquisa e se soma o lidar com

a dor incomensurável dos familiares enlutados, em um ambiente onde se “respira” luto, horror a tragédia e muitas vezes, revolta e medo de falar, o imperativo do silêncio para a proteção pessoal dos familiares “sobreviventes”.

A predominância entre as vítimas deste estudo foi de mulheres adultas jovens e na meia idade, de cor preta e parda, baixa escolaridade, com baixa renda e que tinham companheiro. Todos estes fatores são reconhecidos de risco para sofrer violência, incluindo as agressão não letal e as que levam à morte.¹⁴ Os achados do presente estudo mostram a condição de pobreza da população estudada e outros fatores de risco para o homicídio, permitindo inferir que existia para essas mulheres um grande potencial de chances para vitimização por homicídios. Estudos evidenciaram o homicídio como uma importante e expressiva causa de morte entre mulheres em idade fértil,¹⁵ e baixas escolaridade e renda como fatores associados à vitimização por violência.^{15,16} Ademais, estudo que analisou várias condições sociais de países, inclusive na América Latina, indicou mudanças favoráveis no Brasil com a diminuição do desemprego, das pessoas que estavam abaixo da linha de pobreza, mas concluiu que a desigualdade social e a pobreza são condições sociais que contribuem para a violência.¹⁷

Desde que a via pública foi o local de maior frequência para ocorrência do óbito e que houve baixo índice de prestação de socorro à vítima, este achado sugere a possibilidade de que a letalidade da violência não possibilitou tempo para assistência. Destaque-se que o serviço de atendimento móvel de urgência em Recife/Pernambuco tem eficiência reconhecida e prontidão reconhecida. Distintamente dos nossos resultados, os de um estudo dos homicídios femininos no Brasil evidenciaram o domicílio como o local mais frequente para a ocorrência do óbito.⁶ É importante ressaltar a possibilidade de viés de informação deste dado no presente estudo, visto que 17,2% das informações não foram obtidas. Entretanto, a maioria delas foi a óbito no mesmo endereço onde residia, excetuando-se o fato de que o homicídio não aconteceu dentro das dependências dos seus respectivos domicílios.

A arma de fogo foi o principal instrumento utilizado para realizar o homicídio no presente estudo, achado semelhante ao descrito em um estudo na cidade de São Paulo/Brasil¹⁸ e em um estudo nos Estados Unidos da América.¹⁹ Faz-se mister ressaltar que estes resultados podem indicar que ainda existe uma baixa efetividade do Estatuto do Desarmamento²⁰ vigente no Brasil. O porte de arma de fogo é um fator que amplia as possibilidades de seu uso e contribui para a letalidade das agressões.

Várias medidas preventivas e cuidados relativos à violência foram implantadas e implementadas no Brasil e no Estado de Pernambuco nos últimos anos. Todavia, a elevada frequência de armas fogo para a agressão letal e a frequência de homicídios femininos encontrados neste estudo podem ser sugestivas da necessidade de avaliar a efetividade destas medidas e daquelas para o enfrentamento da violência no seu conjunto, sobretudo em relação à violência contra a mulher.

Este estudo encontrou uma elevada frequência de homicídios de mulheres em idade fértil e produtiva de suas vidas, além de uma elevada frequência de armas de fogo para a agressão letal.

Referências

1. Sallum Junior B, Kugelmar E. Leviathan declinante: a crise brasileira dos anos 80. *Est Av*, 1991; 5: 145-59.
2. Ometto AMH, Furtuoso MCO, Silva MV. Economia brasileira na década de oitenta e seus reflexos nas condições de vida da população. *Rev Saúde Pública*, 1995; 29: 403-14.
3. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Mello Jorge MHP, Passos da Silva CMF, Minayo MCS. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet*, 2011; 377:1962-1975.
4. Peres MFT, Santos PC. Mortalidade por homicídios no Brasil na década de 90: o papel das armas de fogo. *Rev. Saúde Pública*. 2005; 39: 58-66.
5. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2007, Uma análise da situação de saúde. Perfil de mortalidade do brasileiro*. 2008. Disponível em <http://portal.saude.gov.br>, acessado em 20 de outubro de 2011.
6. Meneghel SN, Hirakata VN. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. *Rev Saúde Pública*, 2011; 45 (3): 546-74.
7. Nunes Rocha LML. *Violência de Gênero e Políticas Públicas no Brasil: um estudo sobre as casas-abrigo para mulheres em situação de violência doméstica*. São Luís, 2005.
8. Gawryszewski VP, Sanhueza A, Piedra RM, Escamilla JA, Souza Marinho MF. Homicídios na região das Americas: magnitude, distribuição e tendências 1999-2009. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012; 17(12): 3171-3182.

9. Garcia LP, Freitas LRS, Hofelmann DP. Avaliação do impacto da Lei Maria Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil 2001-2011. *Epidemiol Serv. Saúde*, 2013; 22(3): 383-394.
10. Silva MA, Cabral JE, Amorin MMR, Neto GHF. Mulheres vítimas de homicídio em Recife, Pernambuco, Brasil, 2009/2010: um estudo descritivo. *Cad. Saúde Pública*, 2013; 29(2): 391-396.
11. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Disponível em http://www.pnud.org.br/pobreza_desigualdade/reportagens/index.php?id01=1667&lay=pde, acessado em 19 de junho de 2011.
12. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise e Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
13. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise e Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2008: uma análise da situação de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
14. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JÁ, Zwi A, Lozano-Ascencio A. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, 2002.
15. Faúndes A, Parpinelli MA, Cecatti JG.. Mortalidade de mulheres em idade fértil em Campinas, São Paulo (1985-1994). *Cad Saúde Pública*. 2000; 16: 671-9.
16. Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, Souza ER, Lozana JA, Figueiredo V. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad. Saúde Pública*, 2006; 22: 425-437.
17. Leon RB. La Comprensión de los Homicidios en America Latina: ¿Pobreza o Institucionalidad? *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012; 17(12): 3159-3170.
18. Gawryszewski VP, Kahn T, Mello Jorge MHP. Informações sobre homicídios e sua integração com o setor saúde e segurança pública. *Rev Saúde Pública*, 2005; 39: 627-33.
19. McGowan AK, Crosby AE, Hasbrouck LA, Boulton ML, Kanlun S, Maseru NAW. Child and adolescent violent deaths: an epidemiologic investigation. *J Nat Med Assoc*, 2006; 98: 158-64.
20. Estatuto do Desarmamento. Lei Nº 10.826, de 22 de dezembro de 2003. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.826.htm, acessado em 20 de junho de 2014.

