



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

Jackeline Aparecida Ferreira Romio

**Femicídios no Brasil, uma proposta de análise com dados do setor de
saúde**

CAMPINAS

2017

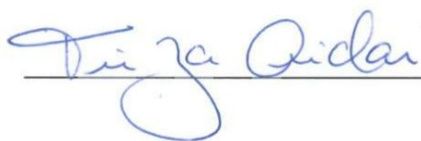
Jackeline Aparecida Ferreira Romio

Feminicídios no Brasil, uma proposta de análise com dados do setor de saúde

Tese apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutora em Demografia.

Supervisor/Orientador: Profa. Dra. Tirza Aidar

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA ALUNA JACKELINE APARECIDA FERREIRA ROMIO E ORIENTADA PELA PROFA. DRA TIRZA AIDAR.



CAMPINAS

2017

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): CAPES
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8473-1684>

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Cecília Maria Jorge Nicolau - CRB 8/3387

R664f Romio, Jackeline Aparecida Ferreira, 1981-
Feminicídios no Brasil, uma proposta de análise com dados do setor de
saúde / Jackeline Aparecida Ferreira Romio. – Campinas, SP : [s.n.], 2017.

Orientador: Tirza Aidar.

Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de
Filosofia e Ciências Humanas.

1. Feminismo. 2. Mortes violentas. 3. Saúde reprodutiva. 4. Violência
contra a mulher. 5. Discriminação de sexo contra as mulheres. I. Aidar,
Tirza, 1961-. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e
Ciências Humanas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Feminicides in Brazil, a proposal of analysis with data from
health sector

Palavras-chave em inglês:

Feminism

Violent deaths

Reproductive health

Violence against woman

Sex discrimination against women

Área de concentração: Demografia

Titulação: Doutora em Demografia

Banca examinadora:

Tirza Aidar [Orientador]

Jules Falquet

Alessandro de Oliveira dos Santos

Elisabete Dória Bilac

Gláucia Marcondes

Data de defesa: 25-07-2017

Programa de Pós-Graduação: Demografia

Jackeline Aparecida Ferreira Romio



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de Doutorado pelos Professores Doutores a seguir descritos, em seção pública realizada em, considerou a candidata Jackeline Aparecida Ferreira Romio aprova 25 de julho de 2017.

Banca:

Profa Dra Tirza Aidar – Universidade Estadual de Campinas

Profa Dra Jules Falquet – Université Paris Diderot

Profa Dr Alessandro de Oliveira dos Santos – Universidade de São Paulo

Profa Dra Elisabete Dória Bilac – Universidade Estadual de Campinas

Profa Dra Gláucia dos Santos Marcondes – Universidade Estadual de Campinas

A Ata de Defesa assinada pelos membros da Comissão Examinadora consta no processo de vida acadêmica da aluna.

Dedico às meninas,
adolescentes e jovens mulheres subalternizadas
pelo racismo patriarcal.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Unicamp e minha orientadora Profa Dra Tirza Aidar pela oportunidade de estudar e me formar como uma demógrafa, obrigada por estes anos de parceria.

Agradeço a todo o corpo docente da Demografia da Unicamp, especialmente a Gláucia dos Santos Marcondes e Elisabete Dória Bilac que compõem e compuseram minhas bancas de qualificação e agora de defesa da tese, a Ana Carolina Betho e Joice Melo.

Agradeço a Capes que me ajudou com recursos financeiros durante dois semestres.

Agradeço a Jules Falquet, que tem sido fonte de inspiração aos estudos feministas através do mundo, agradeço por ter me recebido no CEDREF em Paris e por fazer parte da banca de defesa da tese.

Agradeço a Alessandro de Oliveira Santos, por fazer parte da banca de defesa desta tese, e por me proporcionar a oportunidade de participar em sua pesquisa sobre violência contra mulheres negras - FAPESP.

Agradeço a Jesus Carlos Delgado, pelo tempo em que trabalhei em sua pesquisa sobre Tecnologia Assistiva - CNPq.

A Secretária de Vigilância em Saúde - MS/Brasil, por disponibilizar os dados que foram analisados na tese.

Agradeço as mulheres da minha família Quedima Ferreira Romio, Priscila Ferreira Romio, Anaide Moreira da Silva (em memória), Queilimar Ferreira e Paula Ferreira Nishi e a Kiyanlaiye meu afilhado querido.

Agradeço ao terreiro Ilê Axé de Yansã, na pessoa da Mãe Oyacy Rosa Virgulino e Pai Kejessy, pelo carinho e atenção em toda esta jornada.

Agradeço as pessoas amigas que sempre estiveram comigo nesta caminhada me acolhendo em suas casas, conversando e me estimulando a continuar.

As companheiras dos movimentos sociais.

RESUMO

A pesquisa de tese se propôs a investigar a mortalidade feminina por feminicídios no Brasil, com dados do setor de saúde de 1996 a 2014. Como feminicídios são entendidos os óbitos femininos que tenha relação com a opressão de gênero, para os objetivos da tese foram compreendidos os feminicídios em três categorias: os feminicídio reprodutivo, ligados às mortes por aborto, feminicídio doméstico, ligados às violências letais no espaço da residência ou relações familiares e/ou conjugais, e feminicídio sexual, ligados às violências letais com evidencia de violência sexual.

Esta proposta visa a articulação entre teoria feminista e análise empírica da mortalidade feminina em base a fontes de informação secundárias. Esse entendimento é fruto de trabalho de estudo da arte do conceito de Feminicídio, estudo do diferencial de sexo na mortalidade geral, e abordagem histórico-social para as opressões de gênero e suas tipologias de violência.

O estudo empírico tomou como base de dados os registros da saúde, especificamente informações de bases da saúde, as Autorizações de Internação Hospitalares (AIH/SIH/SUS); Declarações de óbito (DO/SIM/SUS); e as Fichas de Notificação compulsória da violência sexual e doméstica contra mulheres (SINAN/SVS/SUS).

Como metodologia opta-se por produção de dados sobre mortalidade proporcional, taxas de mortalidade específicas norteadas por três grupos etários: 0 a 14 anos, 15 a 49 anos, 50 anos e mais. Para estes grupos foi conduzido estudo do diferencial de sexo, estudo geográfico da dispersão das mortes no território brasileiro, e análise estatística em busca de preditores dos feminicídios com base em dados brutos do SINAN

Palavras-chave: 1. Feminismo. 2. Mortes violentas. 3. Saúde reprodutiva. 4. Violência contra a mulher. 5. Discriminação de sexo contra as mulheres.

ABSTRACT

The thesis research aimed to investigate female mortality from femicides in Brazil, with data from the health sector from 1996 to 2014. Femicides are understood as female deaths related to gender oppression, for the purposes of the thesis feminicides were defined in three categories: reproductive femicide, linked to deaths from abortion, domestic femicide, linked to lethal violence in the residence or family and / or conjugal relations, and sexual femicide, linked to lethal violence with evidence of sexual violence

This proposal aims articulation between feminist theory and empirical analysis of female mortality based on secondary sources of information. This understanding was fruit of a study of the art of the concept of Femicide, study of the gender differential in general mortality, and historical-social approach to gender oppression and its typologies of violence.

The empirical study was based on health records, specifically information on health databases, Hospitalization Authorizations (AIH / SIH / SUS); Death certificates (DO / SIM / SUS); and the compulsory notification of sexual and domestic violence against women (SINAN / SVS / SUS).

As a methodology, was chose to produce proportional mortality data, specific mortality rates based on three age groups: 0 to 14 years, 15 to 49 years, 50 years and more. For these groups was studied of the sex differentials, geographic study of the dispersion of deaths in the Brazilian territory by municipals, and statistical analysis in search of predictors of femicides based on SINAN data.

Key Words: Feminism, Violent deaths, Reproductive health, Violence against woman, Sex discrimination against women

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Esquema teórico dos feminicídios	72
Figura 2. Quadro comparativo entre as perguntas sobre agressão física dos suplementos da PNAD 1988 e 2009.....	78
Figura 3. Informações gerais sobre as bases SIM, SIH e SINAN	97
Figura 4. Descritores demográficos nas bases SIM, SIH, SINAN	97
Figura 5. Descritores de contexto nas bases SIM, SIH, SINAN.....	98
Figura 6. Esquema analítico feminicídios na saúde	109
Mapa 1. Feminicídios reprodutivos: Óbitos femininos por aborto segundo municípios brasileiros, total de 2009 a 2014. SIM.....	169
Mapa 2. Feminicídios domésticos, segundo municípios brasileiros, total de 2009 a 2014, SIM, (óbitos femininos por agressão física no local domicílio).....	176
Mapa 3. Distribuição em números absolutos dos feminicídios sexuais segundo municípios brasileiros, total de 2009 a 2014. SIM. (óbitos femininos por agressão física sexual).....	180
Mapa 4. Distribuição em números absolutos dos óbitos femininos por violência, segundo municípios brasileiros, total 2009 a 2014. SINAN.....	184

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Proporção de óbitos mal definidos em relação ao total de óbitos, por sexo, Brasil, 1996-2014.....	102
Gráfico 2. Proporção de óbitos mal definidos em relação ao total de óbitos, por sexo e faixas de idade, Brasil, 1996-2014.....	103
Gráfico 3. Proporção de óbitos sem assistência médica em relação ao total de óbitos, por sexo e grupo de idade, Brasil, 1996-2014.....	104
Gráfico 4. Mortalidade proporcional masculina, 0 a 14 anos, Brasil, 1996 a 2014.....	114
Gráfico 5. Mortalidade proporcional feminina, 0 a 14 anos, Brasil, 1996 a 2014.....	114
Gráfico 6. Mortalidade proporcional masculina, 15 a 49 anos, Brasil, 1996 a 2014....	117
Gráfico 7. Mortalidade proporcional feminina, 15 a 49 anos, Brasil, 1996 a 2014.....	117
Gráfico 8. Mortalidade proporcional masculina, 50 anos e +, Brasil, 1996 a 2014.....	119
Gráfico 9. Mortalidade proporcional feminina, 50 anos e +, Brasil, 1996 a 2014.....	119
Gráfico 10. Mortalidade proporcional masculina por causas externas, 0 a 14 anos, Brasil	122
Gráfico 11. Mortalidade proporcional feminina por causas externas, de 0 a 14 anos, Brasil	122
Gráfico 12. Mortalidade proporcional masculina por causas externas, de 15 a 49 anos, Brasil	124
Gráfico 13. Mortalidade proporcional feminina por causas externas, de 15 a 49 anos, Brasil	124
Gráfico 14. Mortalidade proporcional masculina por causas externas, de 50 anos e mais, Brasil	126
Gráfico 15. Mortalidade proporcional feminina por causas externas, de 50 anos e mais, Brasil	126
Gráfico 16. Mortalidade proporcional masculina por agressões, 0 a 14 anos, Brasil...	128
Gráfico 17. Mortalidade proporcional feminina por agressões, 0 a 14 anos, Brasil.....	128
Gráfico 18. Mortalidade proporcional masculina por agressões, 15 a 49 anos, Brasil.	130
Gráfico 19. Mortalidade proporcional feminina por agressões, 15 a 49 anos, Brasil...	130
Gráfico 20. Mortalidade proporcional masculina por agressões, 50 anos e +, Brasil...	132

Gráfico 21. Mortalidade proporcional feminina por agressões, 50 anos e +, Brasil.....	132
Gráfico 22 mortalidade por agressão por meio sexual, segundo grupos de idade, sexo, Brasil, 1996 a 2014 (números absolutos).....	133
Gráfico 23: Número de óbitos segundo causas maternas selecionadas. População feminina de 10 a 14 anos. Brasil, 1996 a 2014.....	138
Gráfico 24. Mortalidade proporcional por gravidez parto e puerpério de 14 anos e menos, porcentagem sobre o total Soma de 1996 a 2014	139
Gráfico 25. Mortalidade proporcional por aborto de mulheres com 14 anos e menos, total, Brasil, Somatória de 1996 a 2014.....	140
Gráfico 26. Mortalidade proporcional por Gravidez, parto e puerpério, mulheres de 15 a 49 anos, Brasil, de 1996 a 2014.....	142
Gráfico 27. Mortalidade proporcional por gravidez que termina em aborto em mulheres de 15 a 49 anos, Brasil, de 1996 a 2014.....	143
Gráfico 28. Mortalidade proporcional por Gravidez, parto ou puerpério, de 50 anos e mais, Brasil, somatório de 1996 a 2014.....	144
Gráfico 29. Mortalidade proporcional por aborto, de 50 anos e mais, Brasil, somatório de 1996 a 2014.....	145

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Taxas de mortalidade (por 10.000 habitantes), segundo causas agrupadas em capítulos da CID 10, por sexo e grupos etários. Brasil, média triênio 2009-2011.....	147
Tabela 2. Razão entre as taxas de mortalidade Feminina/Masculina, por causas agrupadas em capítulos da CID 10.....	148
Tabela 3. Taxas de mortalidade maternas (óbitos por 10 mil nascidos vivos), por grupos de causas e idade da mulher. Brasil, triênio 2009 a 2011.....	149
Tabela 4. Óbitos segundo grupos de causas dentro do Capítulo XX. Causas Externas (CID 10), por sexo e grupos etários. Brasil, média triênio 2009-2011.....	151
Tabela 5. Taxa de mortalidade (por 10 mil habitantes) segundo grupos de causa do Capítulo XX. Causas Externas (CID 10), por sexo e grupos etários. Brasil, média triênio 2009-2011.....	152
Tabela 6. Razão entre as taxa de mortalidade feminina e masculina, segundo grupos de causa do Capítulo XX. Causas Externas (CID 10) e grupos etários. Brasil, média triênio.....	152
Tabela 7. Óbitos segundo grupos de causas dentro das Categorias XX. Agressões (CID 10), por sexo e grupos etários. Brasil, média triênio 2009-2011.....	154
Tabela 8. Taxa de mortalidade (por 10 mil habitantes) segundo causa do Capítulo XX. Causas Externas (CID 10), por sexo e grupos etários. Brasil, média triênio 2009-2011.....	155
Tabela 9. Razão entre as taxas de mortalidade feminina e masculina, segundo causa do Capítulo XX. Agressões (CID 10) e grupos etários. Brasil, média triênio.....	156
Tabela 10. Internações segundo causas agrupadas por grandes capítulos da décima revisão do Código Internacional de Doenças (CID 10), por sexo e grupos etários. Brasil, média triênio 2009-2011.....	157
Tabela 11. Taxa de Internações segundo causas agrupadas por grandes capítulos da décima revisão do Código Internacional de Doenças (CID 10), por sexo e grupos etários. Brasil, média triênio 2009-2011.....	158
Tabela 12. Razão entre as taxas de internação Feminina/Masculina, por causas agrupadas em capítulos da CID 10 e grupos etários. Brasil, média triênio 2009-2011.....	159
Tabela 13. Taxas de internações maternas (por 10 mil nascidos vivos), por grupos de causas e idade da mulher. Brasil, média do triênio 2009 a 2011.....	160

Tabela 14. Internações terminadas em óbitos (mortalidade hospitalar), segundo grupos de causas dentro do Capítulo XX - Causas Externas (CID-10), por sexo e grupos etários. Brasil, média triênio 2009-2011.....	160
Tabela 15. Taxa de mortalidade hospitalar (por 10 mil habitantes) segundo grupos de causa do Capítulo XX. Causas Externas (CID-10), por sexo e grupos etários. Brasil, média triênio 2009-2011.....	161
Tabela 16. Razão entre as taxas de internações que terminam em morte feminina e masculina, segundo grupos de causa do Capítulo XX. Causas Externas (CID 10) e grupos etários. Brasil, média triênio.....	162
Tabela 17. Comparativa das mortes hospitalares por Agressão e Agressão de tipo Sexual em três bases de informação em Saúde (SIH-SINAN-SIM), segundo sexo, Brasil, 2009 a 2014.....	163
Tabela 18. Volume de mortes e internações por aborto, 15 a 49 anos, Brasil, 2009 a 2014.....	168
Tabela 19. Mortalidade masculina proporcional por agressão, segundo categoria de agressão e local de ocorrência. Brasil, somatório 2009 a 2014.....	173
Tabela 20. Mortalidade feminina proporcional por agressão, segundo categoria de agressão e local de ocorrência. Brasil, somatório 2009 a 2014.....	174
Tabela 21. Comparativas feminicídios domésticos, por grupo de idade, Brasil, 2009 a 2014. N° absolutos.....	175
Tabela 22. Comparativa óbitos masculinos por agressão sexual (Y05 ou Evolução óbito por violência e agressão sexual), por grupo de idade, Brasil, 2009 a 2014. N° absolutos	178
Tabela 23. Comparativa feminicídios sexuais (Y05 ou Evolução óbito por violência e agressão sexual), por grupo de idade, Brasil, 2009 a 2014. N° absolutos.....	179
Tabela 24. Comparativa óbitos por violência segundo sexo, TABNET e Banco de dados Brutos, Brasil 2009- 2014	182
Tabela 25. Natureza e tipo de lesão dos óbitos femininos por violência registrados pelo SINAN, Brasil, 2009 a 2014	185
Tabela 26. Perfil sociodemográfico dos óbitos femininos por violências autoprovocadas, 2009 a 2011, Brasil, SINAN	186
Tabela 27. Perfil sociodemográfico dos óbitos femininos por violências autoprovocadas, 2009 a 2011, Brasil, SINAN	187
Tabela 28. Perfil sociodemográfico dos óbitos femininos por violências provocadas, 2009 a 2011, Brasil, SINAN	188

Tabela 29. Perfil sociodemográfico dos óbitos femininos por violências provocadas, 2009 a 2011, Brasil, SINAN	188
Tabela 30. Óbitos femininos por violências provocadas, por UF, 2009 a 2011, Brasil, SINAN.....	189
Tabela 31. Comparação óbitos femininos por violências provocadas - SINAN e por Agressão - SIM, por UF, 2009 a 2011, Brasil.....	190
Tabela 32. Óbitos femininos por violências provocadas, frequência na capital, 2009 a 2011, Brasil, SINAN.....	191
Tabela 33. Óbitos femininos por violências provocadas, frequência em município de fronteira, 2009 a 2011, Brasil, SINAN.....	191
Tabela 34. Óbitos femininos por violências provocadas, frequência por local de ocorrência, 2009 a 2011, Brasil, SINAN.....	192
Tabela 35. Parte do corpo atingida nos óbitos femininos por violência provocada registrados pelo SINAN, Brasil, 2009 a 2014.....	193
Tabela 36. Relação com o provável agressor(a) nos óbitos femininos por violência provocada registrados pelo SINAN, Brasil, 2009 a 2014.....	194
Tabela 37. Óbitos femininos por violências provocadas - Tráfico de seres humanos- Características das duas mortes identificadas, 2012, Brasil, SINAN.....	195
Tabela 38. Óbitos femininos por violências provocadas - violência sexual- Características, 2009 a 2014, Brasil, SINAN.....	196
Tabela 39. Óbitos femininos por violências provocadas - violência sexual- Conjugalidade, 2009 a 2014, Brasil, SINAN.....	197
Tabela 40. Tipo de agressão e tipo de violência sexual dos óbitos femininos por violência registrados pelo SINAN, Brasil, 2009 a 2014.....	197
Tabela 41. Relação com o provável agressor(a) e número de envolvidos nos óbitos femininos por violência sexual registrados pelo SINAN, Brasil, 2009 a 2014.....	198
Tabela 42. Razão de Chances (ODD ratio) e 95% de intervalo de confiança para regressão logística preditora dos feminicídios domésticos e sexuais.....	200

SUMÁRIO

Introdução.....	18
CAPÍTULO 1- Femicídios: Ponto de vista feminista para a relação entre a mortalidade feminina e as opressões de gênero.....	21
1.1 Violência	21
1.2 Violência contra a mulher.....	26
1.2.1 Relação entre violências, guerras e conflitos e morte de mulheres.....	28
1.2.2 Estudos demográficos sobre mortalidade feminina.....	32
1.3 Sobre os feminicídios: o direito da mulher de nomear suas experiências.....	40
1.3.1 Origens do conceito <i>Femicídio</i>	40
1.3.2 A disseminação e tradução do conceito feminicídio na América Latina	45
1.3.3 Adoção do conceito no Brasil: âmbito acadêmico e político	53
1.3.4 Hiato entre produção de dados e discussão teórica sobre feminicídio.....	63
CAPÍTULO 2- Materiais e métodos: revisão de estudos anteriores e os rumos desta pesquisa.....	73
2.1 Os feminicídios podem ser evidenciados em dados e análises estatístico-demográficas?.....	73
2.2 Fontes de informação sobre vitimização de mulheres por violência	76
2.3 Fontes de informação em bases criminais.....	82
2.4 Breve comparação entre registro criminal e registro de saúde	87
2.5 Decisão pelos dados da saúde para o estudo estatístico dos feminicídios.....	88
2.6 Análise da violência letal contra mulheres com informações de saúde	89
a) Sobre o Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM - e a sensibilidade da Declaração de Óbito para o estudo dos feminicídios	90
b) Sobre o Sistema de Informação Hospitalar - SIH - Ata de Internação Hospitalar	91
c) Notificação Compulsória da Violência doméstica e sexual contra mulheres – SINAN.....	93
2.7 Comparação das bases SIM, SIH e SINAN.....	96
2.8 Variáveis selecionadas para os procedimentos analíticos	98

2.9	Qualidade de dados de mortalidade do SIM, estabelecimento de parâmetro.....	100
2.10	Quais métodos podem ser utilizados para identificar os feminicídios no Brasil em base aos dados do setor de saúde?	105

CAPÍTULO 3 - Diferencial de sexo na mortalidade busca de causa de morte que podem caracterizar os feminicídios

3.1	A Mortalidade Proporcional Geral por sexo e grupos de idade	111
3.1.1	Análise segundo grupos de idade e sexo de 1996 a 2014.....	112
3.1.2	As causas externas de mortalidade, especificação das mortes por violências na área da saúde e diferenciais de sexo.....	120
3.1.3	Especificação sobre diferenças nos tipos das agressões, sexo e grupo de idade..	127
3.1.4	Agressão sexual por meio de força física: a diferença p/ sexo e grupo de idade.	133
3.2	Violência reprodutiva: especificidade da mortalidade feminina.....	133
3.3	Diferencial de sexo na mortalidade analisadas através de taxas específicas por sexo e idade	145
3.4	Taxa de mortalidade segundo capítulos, sexo e grupos de idade. ~ 2009-2011.....	146
3.5	Alguns aspectos sobre as mortes hospitalares no sistema de informações hospitalares – SIH.....	156
3.6	Relação entre volumes na morte hospitalar por agressões e agressões de tipo sexual, AIH, SINAN e DO, de 2009 a 2014.	162

CAPÍTULO 4 - Feminicídios reprodutivos, domésticos e sexuais.....

4.1	Feminicídios reprodutivos no Brasil.....	167
4.2	Feminicídio doméstico.....	170
4.3	Feminicídio sexual.....	177
4.4	Elementos que podem caracterizar o feminicídio sexual e doméstico com dados do SINAN.....	181

4.4.1 Aspectos sociodemográficos dos óbitos femininos por violência provocada.....	187
4.4.2 Aspectos geográficos dos óbitos femininos por violência provocada	189
4.4.3 Femicídios domésticos no SINAN.....	191
4.4.4 Femicídios sexuais no SINAN.....	195
4.4.4.1 Violências sexuais e autoria.....	198
4.5 Preditores dos femicídios segundo dados de óbitos por violência provocada.....	199
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	201
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	205

INTRODUÇÃO

O tema dos Femicídios, embora tenha se tornado conhecido através dos estudos estadunidenses de Diana Russel, em 1992, emergiu do contexto latino-americano de mortalidade violenta feminina em cidades fronteiriças do México com os EUA.

Desde que foi interpretada a interação entre os marcadores das desigualdades expressos nestas mortes de mulheres em sua maioria jovem, pobre, trabalhadora, ameríndia e migrante laboral a possibilidade de nominar a violência letal contra mulheres como feminicídio se difundiu em toda a América Latina e seu acúmulo de entendimentos se converteu em ferramenta apropriada para analisar diversos contextos nacionais. Este desenvolvimento é fruto da luta constante e vigilante dos diversos movimentos sociais de mulheres, feministas e familiares das vítimas na busca por justiça e reconhecimento do problema em suas dimensões epidemiológicas, visto que hoje constitui uma das principais causas de mortes de mulheres jovens nos países da AL.

Hoje já são 17 países na América Latina a utilizar a terminologia dentro do código criminal como forma de agravante à figura penal dos homicídios, especialmente quando se tem os indícios de que o contexto e as marcas destas mortes revelem motivações relacionadas ao sexismo e ao desprezo a condição das mulheres.

Mulheres latino-americanas têm sofrido as violências sistemáticas decorrentes da interação entre as opressões de gênero, raça/etnia, classe e território, principalmente. O desprezo ao corpo feminino e a vida das mulheres são consonantes com as demandas por exploração do trabalho de mulheres pelas classes dominantes internacionais desde o período de colonização. A violência sexual contra mulheres negras e ameríndias foi um componente importante da violência colonial, escravista, urbana, ditatorial e também dos conflitos armados. Também as políticas de controle da natalidade na AL impactam de forma violenta os corpos das mulheres, seja pelas práticas de esterilização forçada, seja pela criminalização do aborto que matou e mata muitas mulheres. (Gonzalez, 1988)

Considerando a violência letal contra as mulheres promovida por via institucional e interpessoal pode-se localizar o conceito de feminicídio como uma

tecnologia social que ajuda a diagnosticar este tipo de violência contra as mulheres que emerge nos dias de hoje como um grave problema de segurança e de saúde pública. O diagnóstico do problema é bastante produtivo para que se saiba onde e como intervir para baixar os índices de mortalidade feminina por violência de gênero, além de contribuir para a denúncia das violações aos direitos humanos das mulheres. Desta forma, desenvolver um leque de estatísticas confiáveis que demonstre ao menos as dimensões mínimas da vulnerabilidade por feminicídios é fundamental para que se possa agir sobre o problema.

Na tese se aplica o conceito de feminicídio para a análise da mortalidade feminina por violência de gênero. Para além dos aspectos de uma pesquisa com dados da área jurídica ou com abordagem criminológica ou centrada nos aspectos jurídicos da definição, o objetivo é dar maior atenção aos documentos da saúde e aos aportes epidemiológicos para a análise da situação no Brasil, tentando fugir do enfoque dos documentos jurídicos, posto que é contaminado estruturalmente pelo sexismo em suas averiguações e documentação dos casos, além da dificuldade de acesso aos dados que padecem de sigilo inclusive de dados sem identificação.

Para fins de análise opta-se por simplificar o conceito de feminicídio e ao mesmo tempo expandi-lo. O objetivo geral é contribuir para maior conhecimento sobre o panorama, tendências e características das mortes femininas por violência de gênero no Brasil, explorando e avaliando a potencialidade de fontes de informações secundárias para monitoramento do fenômeno e, conseqüentemente, subsidiou políticas públicas para controle e mitigação dos problemas relacionados.

Buscando adicionar conhecimento sobre o tema, nesta tese os feminicídios serão tratados como sendo as mortes de mulheres registradas pelo sistema público de saúde brasileiro, que evidenciam algum sinal sobre a condição de opressão da mulher. Ou seja, ligado a violência sexual, ao espaço domiciliar e familiar, à reprodução e sexualidade. Como categorias são consideradas duas definições: (1) Feminicídio indireto – as mortes por causas reprodutivas (procriativas), por aborto ou por complicações geradas por gravidez ou partos, pois se entende que são, em sua grande maioria, conseqüências da supressão de direitos sexuais e reprodutivos, reproduzidas e facilitadas pelo poder patriarcal de Estado. (2) Feminicídio direto – mortes por agressão física, suicídio e

indeterminadas, especialmente por motivações sexuais. Resumidos em três categorias sintéticas, feminicídio reprodutivo, feminicídio doméstico e feminicídio sexual.

No primeiro capítulo é apresentado como se inscreve o conceito de gênero para melhor entender a violência contra a mulher e, para fins das análises propostas, identificar os feminicídios dentre as mortes classificadas como homicídios ou outras evitáveis. Ou seja, a construção e vertentes do conceito feminicídio são discutidas e apresentadas tendo em vista as análises empíricas buscando mensurar os volumes e taxas de ocorrências de eventos que podem ou devem ser identificados como parte do fenômeno. As análises empíricas tomam por base os dados de sistemas de informação na área da saúde, que são de acesso público e contam com atualização sistemática e cobertura nacional. São elas: as Declarações de Óbito, as Atas de Internação Hospitalar e as Notificações da Violência Doméstica e Sexual. A análise sobre qualidade dos dados e os métodos para análise são apresentadas no segundo capítulo da tese. Apresentam-se, sobretudo, as fontes de dados, as variáveis e respectivas categorias que serão incluídas nas análises estatísticas, cujas técnicas também estarão apresentadas nesse capítulo.

O terceiro capítulo é dedicado ao estudo comparativo da mortalidade e morbidade das mulheres em relação aos homens em três ciclos vitais definidos pelas faixas etárias de 0 a 14 anos, de 15 a 49 anos e de 50 anos e mais.

O quarto capítulo é dedicado exclusivamente à análise dos tipos de morte considerados como feminicídios na busca de números mínimos e de aproximações com as informações disponíveis nas três bases para a elaboração de tendências gerais. Todo o texto é dedicado a apontar achados mais importantes nos dados vis-à-vis a literatura sobre o tema, especialmente a mais recente que, após a promulgação de determinadas leis, tem dedicado-se mais frequentemente em análises empíricas.

CAPÍTULO 1

Femicídios: ponto de vista feminista para a relação entre a mortalidade feminina e as opressões de gênero

1.1 Violência

De fato, os feminicídios são mortes específicas de mulheres. A morte constitui-se como tema de extrema importância para o entendimento da história das condições de vida, sofrimento e existência humana nas sociedades. A violência, por sua vez, possui relação estreita com a morte, e vem caracterizando as preocupações sobre o tema na atualidade, isto devido aos novos e antigos contextos de guerra, crises econômicas, conflitos insurgentes, e das diversas formas de racismo e xenofobia incidindo no aumento expressivo das mortes violentas em alguns países no mundo capitalista, em especial na América Latina.

De forma mais geral, as mortes geradas pela violência devem ser entendidas como processo social que se modifica no tempo. Cada época histórica teve suas formas e características específicas mais marcantes, incluindo o instrumental e tecnologias utilizadas. Contamos hoje com instrumentos destinados a mortes massivas e individuais bastante eficientes e, de certa forma, acessíveis, já que o desarmamento civil não é uma realidade para todos os Estados e quando o é conta com a ilegalidade do tráfico de armamentos. Ou seja, tecnologias de guerra não se encontram apenas nas mãos dos exércitos dos Estados ou em localidades onde o porte de armamento é legalizado ou não chega a ser uma questão jurídica, elas circulam paralelamente a jurisdição. Neste contexto, a literatura contemporânea oferece inúmeros estudos e discussões a respeito do crescimento dos homicídios e violências físicas perpetradas por armas de fogo, os estudos apontam o perfil desta mortalidade como masculina, negra/indígena e pobre habitantes das grandes e médias cidades das Américas.

Hannah Arendt (1985) ao refletir sobre a violência e o progresso técnico dos seus instrumentos, observa que já em princípios do século XX os avanços eram de tal proporção que nenhum objetivo político poderia justificar o seu real potencial de destruição ou mesmo justificar o seu emprego em conflitos armados, visto que alguns de seus aparatos poderiam facilmente dizimar países inteiros. Uma revolução na

tecnologia e nos processos de fabricação pode ser observada nos conflitos armados durante todo o século XX. A autora vê sobreposição entre os meios e os objetivos da aplicação do que chamou de “tecnologias da violência”, em que a razão principal para a existência de conflitos armados ainda não é o desejo de fim da espécie humana ou instinto de agressão desenfreado, mas sim os sérios perigos econômicos e sociais inerentes ao desarmamento. Em sua reflexão Arendt (1985) estabelece longo diálogo com outros pensadores do tema e suas visões, em suma aponta preocupação com a modernização dos instrumentos da violência, a guerra e as relações de poder, especialmente, sua disparidade entre as superpotências econômicas transnacionais e os países pobres.

Outras relações entre a morte, poder e suas transformações foram propostas por Michael Foucault em suas obras. Especificamente no livro 1 da *História da sexualidade* encontramos apontamentos que se relacionam ao exposto por Arendt e com as reflexões deste trabalho. Foucault debate no capítulo “Direito de morte e poder sobre a vida” sobre a transformação nos significados e significantes da morte na transição do século XIX ao XX e também alerta para a massificação das mortes especialmente por guerras e violência de Estado, incluindo na discussão a passagem para o biopoder e nas centralidades do corpo e do sexo como foco das ações, fator de extrema importância para a discussão da morte de mulheres por feminicídios que iremos tratar na tese. Para ele, o direito de vida e morte era um privilégio característico do soberano, derivado do conceito de “*patria potestas*”, direito do pai de família romana de dispor da vida de seus filhos e escravos, desta forma o direito de vida e morte seria uma versão atenuada desta concepção de direito de tirar a vida, só que com o objetivo de defender a vida do soberano, em defesa do Estado que solicita que seus súditos tomem parte em uma guerra (FOUCAULT, 2005:127). A partir do século XIX a humanidade teve quantidade expressiva de guerras cada vez mais sangrentas que até então nenhum regime havia praticado, verdadeiros holocaustos cujas justificativas haviam se deslocado das mortes em nome de um soberano a ser defendido para aquelas cometidas em nome da existência de todos: “populações inteiras são levadas à destruição mútua em nome da necessidade de viver. Os massacres se tornaram vitais. Foi como gestores da vida e da sobrevivência dos corpos e da raça que tantos regimes puderam travar tantas guerras” (FOUCAULT, 2005:127).

Esta abordagem sobre a relação entre as transformações na tecnologia e a guerra aponta para a destruição exaustiva, porém, justificadas nas decisões políticas de Estado visando à sobrevivência das populações em detrimento da extinção de outras. Esta visão que podemos notar vigente nos dias atuais, pelos aspectos macroestruturais como o avanço da indústria de armamentos e do avanço das tecnologias nucleares voltadas para a guerra. Foucault explica que desta passagem de poder de vida e morte para a nova fase (biopoder), a existência de uma população acabou por significar a morte do outra. Constitui-se então a passagem da questão jurídica da soberania e seus direitos para a questão biológica de uma população e sua sobrevivência. Desta forma o debate sobre os genocídios está ligado ao poder moderno que se situa e é exercido ao nível da vida, da espécie, da raça e dos fenômenos maciços de população, entre eles o extermínio (FOUCAULT, 2005: 129)

Sobre a morte auto provocada, Foucault afirma que o suicídio se tornou no decorrer do século XIX uma das principais condutas analisadas sociologicamente, interpretado como direito individual e privado de morrer e, por outro lado um evento regular e constante na sua manifestação, fato inexplicável apenas através de interpretações sobre as particularidades e acidentes individuais diante de uma sociedade que recém identificava seu poder político na gestão da vida. (Foucault, 2005:130) “A velha potência da morte em que se simbolizava o poder soberano é agora, cuidadosamente, recoberto pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida”. (FOUCAULT, 2005: 131)

Este poder sobre a vida desenvolveu-se em dois polos interligados, por um lado centrado no corpo como máquina – disciplinas do corpo – átomo política do corpo humano; e por outro polo no corpo como espécie – regulações da população – biopolítica da população. Esta forma de compreender o poder tem seus primórdios no século XVII e XVIII e foi fundamental para o desenvolvimento do capitalismo “que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos” (p.132). Foucault afirma que

Chegamos com essa passagem à fase do biopoder, da importância crescente da norma caracterizada pelos sistemas jurídicos da lei, da crescente importância do corpo e do sexo como foco das disputas políticas. “O sexo é acesso, ao mesmo tempo, à vida do corpo e à vida da espécie. “Servimo-nos dele

como matriz das disciplinas e como princípio das regulações (FOUCAULT, 2005: 137).

Os perigos econômicos do desarmamento apontados por Hannah Arendt e o direito de morte motivado pela manutenção da vida de uma população e a centralidade do corpo normatizado de Foucault, desenhados para explicar o processo de morte e vida do século XIX e XX, ainda constituem a realidade deste século que recém se inicia de avanço das novas guerras, das guerras de insurgências e da transnacionalidade de questões locais nas suas conexões encadeadas com a política capitalista global, que podem ser observadas na transferência de armamentos entre os países e as políticas sexuais pautadas na normatização do corpo.

Sobre a transferência de armamentos, segundo relatório da SIPRI¹, instituto internacional independente dedicado à pesquisa de conflitos, armamentos, controle de armas e desarmamento, Stolckomo (desde 1966), foram identificados 60 países exportadores de armas no mundo. Os 5 maiores exportadores no período de 2010 a 2014 foram os EUA, Rússia, China, Alemanha e França, coincidentemente os países detentores de maior poder econômico no mundo e antigas colonizadoras do sul global.

A tabela abaixo, retirada do relatório SIPRI², mostra os 10 maiores exportadores e seus principais clientes. Nela pode-se também ver as relações entre um mundo exportador de armas formado por Estados que dominam as relações econômicas mundiais e seus clientes formados praticamente por países tributários de seu poder, entre eles encontramos um país latino-americano, a Colômbia, cuja guerra de baixa intensidade, caracterizada por disputas político-militares entre Estado e grupos organizados, no caso os paramilitares de extrema direita, o Estado e os grupos de extrema esquerda, guerra que já dura mais de 40 anos e a qual sabemos do alto nível de mortalidade violenta que o país enfrenta desde a década de 1960. Outra relação interessante que podemos assinalar na leitura desta tabela é a relação de venda entre países cujas relações migratórias são conflitantes e de antiga colonização, como França e Marrocos e UK e Índia (PERLO-FREEMAN et al., 2014).

Os 10 maiores exportadores de armas e seus principais clientes, 2010-2014 (compilação).

¹ Stockholm international Peace Research Institute

² <http://books.sipri.org/files/FS/SIPRIFS1504.pdf>

Table 1. The 10 largest exporters of major weapons and their main clients, 2010–14

Exporter	Share of international arms exports (%)		Main clients (share of exporter's total exports), 2010–14		
	2010–14	2005–2009	1st	2nd	3rd
USA	31	29	South Korea (9%)	UAE (8%)	Australia (8%)
Russia	27	22	India (39%)	China (11%)	Algeria (8%)
China	5	3	Pakistan (41%)	Bangladesh (16%)	Myanmar (12%)
Germany	5	11	USA (11%)	Israel (9%)	Greece (7%)
France	5	8	Morocco (18%)	China (14%)	UAE (8%)
UK	4	4	Saudi Arabia (41%)	USA (12%)	India (11%)
Spain	3	3	Australia (24%)	Norway (10%)	Saudi Arabia (10%)
Italy	3	2	UAE (9%)	India (9%)	Turkey (8%)
Ukraine	3	2	China (22%)	Russia (10%)	Thailand (9%)
Israel	2	2	India (46%)	Colombia (7%)	Singapore (6%)

Fonte: SIPRI fact sheet, 2015. P.2

Em outro momento do relatório os pesquisadores mostram os maiores importadores de armamentos no mundo. Sobre os países da América, o relatório aponta que houve um crescimento de 7% entre 2005-2009 e 2010-2014, quando os Estados Unidos foi o maior importador nas Américas em 2010-2014, a Venezuela o segundo maior importador das Américas e o maior importador da América do Sul, e o Brasil o terceiro maior importador das Américas. Segundo o relatório (Sipri), o banco de dados sobre transferência de armas contém informações sobre o total de transferência de principais armamentos (incluindo vendas, presentes e produção sob licença) para Estados, organizações internacionais e grupos não estatais armados desde 1950, esta base é a única a disponibilizar publicamente dados sobre transferência de armas neste período.

Para esta tese fica o registro do aumento do trânsito de armas para o Brasil e as relações entre Estados e a obviedade que estas transferências de certa forma indicam relações assimétricas de poder entre estes Estados, indicando uma potencialidade de aumento da violência nos países receptores destes armamentos.

1.2 Violência contra a mulher

Segundo o *Dictionnaire critique du féminisme*, dentro do entendimento de poder como potência/força, as mulheres estão excluídas pelo princípio de estarem sujeitas a seus maridos, acrescido dos pais, e outros homens do entorno da mulher. Sendo a liberdade e a independência condições de acesso ao poder e privilégios masculinos, as mulheres são impedidas de usufruir naturalmente das virtudes dos homens. Como a potência/força pressupõe a possessão, as mulheres, sujeitas ao poder de seus maridos, não podem usufruir dos mesmos direitos que os homens, o que as coloca também sujeitas ao Estado, demonstrando o caráter patriarcal do poder do Estado (HIRATA *et al.*, 2000: 141).

Desta maneira, o ponto de vista feminista para a violência é pertinente para inserir a mulher nas reflexões para aproximar-se do tema dos significados da violência e da morte de mulheres, assunto geral da tese, e dos feminicídios, tema específico abordado nela. Feminista de corrente materialista, Paola Tabet desenvolveu tese sobre a divisão sóciosexual do trabalho relacionado à dominação masculina, ao controle masculino dos instrumentos de produção, ao monopólio masculino dos utensílios complexos e das armas.

Em texto traduzido para o espanhol, “Las manos, los instrumentos y las armas”, Tabet (2005) apresenta tese principal de seus trabalhos onde considera que a divisão do trabalho não é neutra, mas sim orientada e assimétrica. Mesmo em sociedades entendidas como igualitárias, a autora aponta para a inexistência de relações de reciprocidade ou complementaridade entre os sexos, mas sim uma relação de domínio que se estabelece através de elementos claros e definíveis que expressam as relações de classe, antes mesmo das definições ideológicas que acompanham ao que ambos devem desempenhar socialmente (por exemplo, a valorização das atividades masculinas) (TABET, 2005: 63). Tal caráter de domínio radica na instauração em si da divisão de trabalho, por seus elementos de obrigação e proibição associados às relações entre divisão de trabalho e obrigações familiares e para a criação de uma identidade sociológica de gênero para seres biologicamente separados entre “machos” ou “fêmeas”. Portanto, é necessário entender a divisão sexual do trabalho como uma relação política entre os sexos.

Como exemplo para demonstrar a sua tese, Tabet versa sobre a maneira como se dividem as matérias primas brandas e duras, cujo primeiro tipo é permitido às mulheres

e o segundo tipo é proibido a elas, demonstrando a dominação masculina, já que este segundo tipo de materiais é utilizado para produzir armas e instrumentos. Ou seja, a exclusividade masculina na elaboração de materiais duros resulta na impossibilidade de mulheres fabricarem armas e na sua dependência para acesso aos instrumentos de produção (TABET, 2005:118-119).

El control por parte de los hombres de la producción y del uso de instrumentos y armas, se confirma como la condición necesaria de la dominación masculina sobre las mujeres: dominación basada en la violencia (monopolio masculino de las armas) y en el subequipamiento de las mujeres (monopolio masculino de los instrumentos). La exclusión de las mujeres de la fabricación y del uso de armas e instrumentos es la condición para usarlas en el trabajo, en la sexualidad y en la reproducción de la especie (TABET, 2005:119).

Seguindo estes entendimentos, é possível dizer que existem outras formas de compreender a violência contra as mulheres e o monopólio masculino da violência, que não somente o resultado das relações interpessoais conflituosas entre homens e mulheres, ou uma questão de ordem privada. Por exemplo, para a América Latina e o Caribe, poderíamos assinalar as violências promovidas pelo poder paralelo ou paramilitar como formas marcantes desde os anos 1960, através dos regimes de ditadura militar e narcotráfico, além dos conflitos por terra que percorrem toda a história pós-colonial, industrial e de urbanização da América Latina. Todo este processo gerou muitas mortes diretas e indiretas de homens, mas também perseguiu e matou mulheres e pautou políticas de controle do corpo e sexualidade feminina.

Portanto as teses principais sobre violência, guerra e morte foram elaboradas principalmente para responder aos problemas do Norte, e representam a epistemologia vigente e dominante que tendem a ser, não absolutamente, androcêntricas e etnocêntricas nas observações. Ou seja, observações resultantes das relações de homens com homens representando a institucionalização da consciência dominante do conhecimento. Essas narrativas, embora evoquem o universal e se pretendem neutras, são parciais. Como consequência, há a supressão do conhecimento dos grupos subalternizados, a naturalização de opressões e a reprodução do sistema opressão colonial, patriarcal, racista (MATHIEU, 2005, FALQUET, 2008, Santos, 1987).

As contribuições epistemológicas do ponto de vista feminista e descolonial/antirracista são importantes para conseguir outras formas de ver o mundo e o futuro, diversificar os saberes e quebrar os paradigmas existentes. Santos (1987, 1997) considera que as epistemologias do Sul, um sul que representa muito mais que o aspecto geográfico aglutinando em seu interior os vários grupos subalternizados, periférico, contra hegemônicos que podem estar inclusive no norte geográfico propondo em relação às epistemologias do Norte, como o caso dos feminismos. Estas epistemologias do Sul surgem como uma proposta diante do sistema de dominação capitalista, colonial, patriarcal e racista que já conta com muitos anos de vigência e continua a ser hoje o paradigma hegemônico da ciência. Para ele, estas propostas alternativas são um conjunto de práticas cognitivas e critérios de validação de conhecimento a partir de grupos sociais que tem sofrido de maneira sistemática as injustiças do capitalismo, colonialismo e patriarcado, acreditando que os problemas atuais são de ordem social, política e cultural, mas também epistemológicos, um problema de conhecimento, já que não temos conhecimentos suficientes ou adequados para lutar de maneira rigorosa e eficaz contra a injustiça social global, e ela não existe sem uma justiça cognitiva global (SANTOS, 1987, 1997). O ponto de vista feminista materialista e antirracista é uma epistemologia do Sul neste sentido, pois pode trazer luz à compreensão atual da morte e violência contra mulheres que estão relacionadas, assim como o acúmulo de contribuições sobre os feminicídios, políticas de controle do corpo feminino e divisão sexual do trabalho.

1.2.1 Relação entre violências, guerras e conflitos e morte de mulheres

É possível afirmar que morreram mais homens por violências e guerras que mulheres em praticamente todas as sociedades e épocas para as quais existem informações e registros, como também é possível afirmar que são os homens os principais agentes destas violências em ambos os casos. Isso ocorre pelo fato que são eles que possuem maior controle sobre as armas e as formas institucionalizadas da violência, como o exército, policiamento e o Estado.

Liz Kelly, socióloga e cientista política feminista, escreveu o texto *Surviving Sexual Violence* (1988) que estabeleceu o conceito de “*continuum* da violência” que é a base para entender as diferenças entre a experiência feminina e masculina da violência,

a conexão entre as variadas formas de violência e a violência sexual, e foi a base fundamentadora do conceito de feminicídio. Em trabalho intitulado “Wars Against Women: Sexual Violence, Sexual Politics and Militarized State” (Guerras contra mulheres: violência sexual, políticas sexuais e Estado militarizado), publicado em 2000, a autora trata da violência sexual como estratégia deliberada na guerra e repressão política de Estado, aponta que este tipo de violência está conectado às mais variadas formas de violências e contextos. Assim, para a autora, o termo ‘violência sexual’ é usado como um substantivo coletivo para entender todas as formas de violência masculina contra mulheres e meninas, para além do sentido restrito jurídico de estupro (KELLY, 2000).

Observando a violência sexual nesta concepção mais ampla sugerida pela pesquisadora, ela torna-se uma das mais extremas e efetivas formas de controle patriarcal ao danificar e restringir a vida das mulheres, o que requer resistência individual e coletiva entre mulheres para sua superação. Kelly (2000) também questiona o uso da palavra ‘guerra’ pelas feministas, ela questiona se o uso pode ser entendido como uma metáfora para violência contra mulheres ou se deve ser entendida como a maneira exata de nomear a realidade histórica em que elas vivenciam. A autora reconhece a violência sexual como uma constante e antiga prática nos conflitos armados e guerras, sendo os estupros casos vastamente cobertos pela mídia, por exemplo, o caso da guerra da Iugoslávia nos anos 1990, que vitimou mais de 40 mil mulheres. Foram encontradas diversas conexões entre masculinidade, militarismo, guerra e prostituição coerciva e organizada nas guerras. Para ela, o que merece atenção não é somente como a violência sexual é e foi empregada nos conflitos armados, mas como a violência contra as mulheres tem sido minimizada, distorcida e escondida na documentação desses eventos (KELLY, 2000:47).

The conventional (patriarchal) definition of war involves associations with activity, heroism and masculinity. Peace, by contrast, is often understood as the absence of war, but in more developed formulations it is also linked to the quiet, mundane, feminine. Even within this conventional definition, ‘peacetime’ in one location involves conditions and actions which foster ‘wartime’ elsewhere. Between 1900 and 1988 there were 207 conventionally defined wars, in which 78 million people were killed; two-thirds of all nation-states were involved in at least one, and ninety-three states were created - most violently – between 1945 and 1985 (Morgan, 1989:144). Yet in the

West we are repeatedly told that this century has been a relatively ‘peaceful’ one. ‘Peace’ is clearly defined here as what happens ‘at home’; but there is a lengthy feminist tradition of questioning the attribution of ‘peace’ to the home/household where male tyranny presides (KELLY, 2000:48).

Nesta linha argumentativa, o significado de paz necessitaria mais que ausência de conflitos armados e de gênero na casa, localmente e transnacionalmente, como também precisa da ausência de pobreza, de desigualdades e das condições que a recria. Duas perguntas muito interessantes são feitas pela pesquisadora e que podemos refletir nesta tese: (1) Quais são as conexões entre a construção de “segurança nacional” e a segurança das mulheres? (2) Como são conectados os atos individuais de violência masculina com a violência institucionalizada do Estado?

Kelly aponta que um dos grandes legados da colonização têm sido a violência institucionalizada e mais estudos devem ser feitos para entender como ela tem perpassado as relações de gênero, especialmente as maneiras como esses legados se conectam com a violência sexual (KELLY, 2000:48). Para a autora, nem a violência patriarcal nem a colonização genocida foi entendida sob o termo corrente de guerra, o poder de nomear a guerra (e a paz) são prerrogativas das nações e grupos dominantes e um desafio para a perspectiva feminista ao abordar suas conexões (KELLY, 2000:48-49).

I have endeavored to show that sexual violence connects ‘war’ and ‘peace’ as conventionally defined, and that these conventional definitions rely on a construction of ‘war’ which women’s experience belie. Nevertheless, armed conflict to accentue both the construction of brutalized masculinity and a suspension- especially within and close to combat zones- of the limited protections from violation afforded to women at other times (KELLY, 2000:61).

Jules Falquet oferece em seus trabalhos discussões que dialogam com as concepções de Liz Kelly, especialmente a preocupação com a violência contra as mulheres no seu aspecto estrutural e suas relações com fenômenos e sistemas de exploração e violação como a guerra e a globalização neoliberal, analisando as formas de reestruturação da violência e a centralidade da violência masculina contra mulheres

no desenvolvimento contemporânea do modo de produção neoliberal (FALQUET, 2008).

Segundo a autora, a violência tanto política quanto contra as mulheres não são fenômenos incompreensíveis ou ato de extrema crueldade individual, ela parece ser uma verdade institucional que vincula a esfera pública à privada, o ideológico-psicológico e material é ao mesmo tempo um vínculo social e um mecanismo de reprodução das relações sociais. É possível fazer articulações e paralelos entre a violência doméstica e a tortura. Uma análise da estrutura dos atos de violência permite fazer de maneira mais exata tal articulação e o reposicionamento da violência contra a mulher no contexto global que a permite existir (FALQUET, 2008).

Falquet vê, por exemplo, a necessidade de analisar a situação dos assassinatos de mulheres no México não apenas pelos aspectos da vitimização das jovens mulheres assassinadas, mas pela importância do país para o avanço do neoliberalismo na escala planetária e por ter desempenhado papel central no processo de hegemonia dos EUA, constituindo historicamente a reserva de mão de obra, de recursos naturais e energia necessárias para o progresso das indústrias multinacionais estadunidenses, o que constituiu a razão principal para a existência do tratado de livre comércio entre os EUA, Canadá e México, 1994. Se analisado dentro deste contexto, a violência contra a mulher no México vai muito além da profunda misoginia conhecida por todos, para se registrar na lógica de guerra particularmente complexa que a pesquisadora chama de "guerra de baixa intensidade contra as mulheres" (FALQUET, 2014:1).

Mais uma definição importante para esta tese discutida por Falquet é o conceito de guerra de baixa intensidade e como pode ser reinterpretado para a análise da violência que atinge as mulheres, como a doméstica e a sexual sistemática e sua relação com aspectos da violência global, como a guerra e a tortura:

A diferencia del conflicto militar abierto, las técnicas de "guerra de baja intensidad", desarrolladas a partir de la guerra de Vietnam y empleadas en numerosos conflictos, en especial en las guerras llamadas "civiles", apuntan no tanto hacía un enemigo militar sino que hacía la población civil en su conjunto, hacía los espíritus y el tejido social. Se trata de desmotivar la población para que no participe en el proyecto político opuesto, de desmoralizarla, de atemorizarla, y de fomentar la pasividad individual y colectiva. Dentro de esas técnicas de guerra que se podrían cualificar de psico-sociales, se pueden distinguir tres grandes ejes. Primero, el control de la información y la

desinformación. Luego, la polarización de la sociedad, su división en dos bloques sistemáticamente opuestos, con la creación del "delito de asociación", la erección del otro bando en "enemigo absoluto" y su consiguiente satanización. Finalmente, la represión selectiva aliada al terror generalizado - en el que la tortura juega un papel muy importante. La perspectiva general es la de destruir los lazos sociales para aislar e individualizar cada una de las o los "enemigos", colocándolas así aún más a la merced de las diversas técnicas de control social desplegadas. Nos preguntaremos aquí en qué medida la violencia social desplegada en la guerra de baja intensidad se puede comparar a la que preside a la gestión cotidiana – en tiempo de paz - de las relaciones sociales de sexo (FALQUET, 2002: 165).

Como será aprofundado mais adiante, Wânia Pasinato em pesquisa sobre a utilização da categoria “femicídio” para tratar das mortes de mulheres, também ressalta que os assassinatos das jovens trabalhadoras na Ciudad Juarez ultrapassavam em muito as questões de conflitos domésticos ou íntimos, destacando sua estreita conexão ao contexto de transformação no mercado de trabalho na região, impulsionadas pela implantação de grandes indústrias americanas e canadenses que passam a empregar mão de obra feminina “descrita como ‘barata e dócil’, provocando rearranjos nos papéis tradicionais de gênero, como o aumento do número de homens desempregados, com crescente engajamento de mulheres...” (PASINATO, 2011:225).

Com essa perspectiva, argumenta-se a necessidade de analisar a violência feminicida de maneira a entendê-la dentro do quadro complexo das políticas de controle do corpo e sexualidade, dos sistemas de exploração e opressão, das guerras e de suas técnicas.

1.2.2 Estudos demográficos sobre mortalidade feminina

A releitura das mortes de mulheres dentro de uma perspectiva feminista e que exponha a natureza da dominação patriarcal como sendo o ponto central e de elo entre outros fenômenos é recente, data de 1980, e do esforço do movimento político das mulheres para recontar suas histórias de vida e morte. No campo da Demografia, em que esta tese é desenvolvida, a morte sempre constituiu tema central, assim como as regulações destinadas ao corpo da mulher, já que um dos focos da disciplina são os estudos da reprodução humana e suas relações com outros fenômenos populacionais.

Para Neide Patarra (1976) um ponto de partida comum à Demografia são os estudos de Malthus, pois ele foi o primeiro a propor tese para explicar o aumento populacional. Mas não há como dizer que a preocupação com os temas da população tenha existido somente a partir dele, pois as questões populacionais tiveram suas discussões desde a antiguidade, especialmente pelas questões estadistas. Mas a partir da segunda metade do século XVIII, começa a ser posto em cheque o crescimento populacional que passa a ser entendido como algo negativo e prejudicial. Visão que chega ao ponto máximo com as teses de Malthus, ela centrava-se nas relações entre excedente populacional e os meios de subsistência e o papel do Estado diante do cenário de extinção da humanidade que estava previsto por este tipo de abordagem (PATARRA, 1976:16-17).

Os cientistas políticos anteriores a Malthus tendiam a minimizar a possibilidade do Estado de aumentar os meios de subsistência ao mesmo tempo em que estimulavam o crescimento populacional, apostando na política do *laissez-faire* e contrários a políticas estatais de intervenção estatal pró-natalista. Para Malthus, as reformas sociais só serviriam para eliminar as barreiras para o casamento e a multiplicação, resultando no aumento da miséria e número de pobres. Foi com esta interpretação do crescimento populacional e a preocupação com a escassez dos recursos naturais que ele desenvolveu seu “Ensaio sobre o princípio de população e seus efeitos sobre o aperfeiçoamento futuro da sociedade, com observações sobre as especulações de Mr. Godwin, Mr. Condorcet e outros autores” (PATARRA, 1976).

Para Malthus a população teria uma tendência ao crescimento geométrico ao passo que os recursos naturais da terra teriam tendência ao crescimento aritmético resultando na destruição da espécie humana. Desta maneira, o crescimento só seria contido através de checks positivos causados pela fome, peste, mortalidade precoce, guerra e miséria, mas tarde acrescenta um freio preventivo que seriam os adiamentos dos casamentos até que o casal pudesse de fato assegurar o sustento da família, nesta visão os Estados não teriam nada que ver com a pobreza e com a distribuição dos recursos naturais, o desastre teria como plano de fundo o crescimento populacional desenfreado (PATARRA, 1976:17).

Infelizmente, o pensamento de Malthus, embora desconstruído através da história, se modernizou e adquiriu novos adeptos se convertendo em análises que

relacionam diretamente o crescimento populacional e desenvolvimento econômico e até hoje ainda nos deparamos com explicações desta ordem para os fenômenos demográficos, como, por exemplo, as preocupações com a explosão demográfica da década de 1980. Explicações que são limitadoras especialmente para a população feminina, negra ou indígena e pobre, pois aliam o insucesso do progresso das populações à existência destas mesmas populações, pensamentos punitivos das vítimas do sistema de exploração e dominação neoliberal. Além de estas propostas pautarem a normatização do corpo feminino, especialmente a procriação e o planejamento familiar.

Demógrafas como Harriet Presser (1997) abordam a dificuldade da inserção dos temas de gênero na agenda de pesquisa da Demografia no mundo. Para ela, a Demografia como ciência foi construída sobre uma agenda conservadora, que não ameaçasse a estrutura de poder, e que fosse compatível com a visão das elites, como a linha neomalthusiano. Aponta para as perdas no campo demográfico ao não considerar as relações de gênero e o conhecimento produzido pela linha feminista e seus entendimentos sobre os fenômenos demográficos (PRESSER, 1997).

Para Goldani (1997), no que se refere às análises de gênero dentro dos estudos demográficos, existe uma falsa convergência entre o feminismo das diferenças e a análise demográfica, já que a Demografia opera com a categoria sexo nos cálculos dos eventos vitais como os nascimentos e mortes. Porém, segundo a autora, na visão dos demógrafos a reprodução humana é assunto exclusivo das mulheres, por isso sua maior relevância nos estudos demográficos sobre os temas da reprodução e família. A pesquisadora destacou a necessidade de uma teoria que vincule as relações de gênero aos fatos demográficos e de uma perspectiva que associe o nível micro das relações aos fatos revelados nos dados agregados que represente o nível macro. Goldani (1997) sugere, portanto, análises com dados mais desagregados unidos a análises que possibilitem vincular a mulher à sociedade (GOLDINI, 1997).

“Meu ponto de partida é que a introdução de uma abordagem de gênero no tratamento de questões demográficas tanto ampliaria o escopo das explicações existentes, quanto poria em questão muitos dos pressupostos e conhecimentos assumidos até o momento. Ou seja, considero que a categoria analítica gênero emerge com um rico potencial na abordagem dos vários temas demográficos. Gênero visto como a organização social das diferenças sexuais e com significados variando por grupos sociais, étnico-raciais, entre culturas e no tempo. Tudo isto contribuiria para uma perspectiva crítica do que se tem feito

em Demografia e, portanto, para o amadurecimento da disciplina”. (GOLDINI, 1997: 69).

Como exemplo para constatação da existência de preocupação demográfica voltada às diferenças de sexo, porém que não averiguam as relações de gênero, ela cita as diferenças que marcam o casamento, o nascimento e a morte, acrescida da definição do período reprodutivo da mulher (responsável pela reprodução) e de mortalidade por sexo (maior esperança de vida feminina), questões discutidas pela demografia. Uma abordagem tem efeito naturalizante na perspectiva das diferenças entre homem e mulher fazendo com que elas sejam naturais ou biologicamente determinadas, podendo criar barreiras para Demografia que interprete gênero dentro do ponto de vista feminista, na qual estas diferenças são constituídas social e historicamente (GOLDINI, 1997:70).

Por outro lado, encontramos uma batalha epistemológica travada por demógrafas feministas para inclusão destas pautas na agenda demográfica, especialmente no que tange as políticas de controle populacional marcadas pelas políticas de controle ao corpo e sexualidade feminina, como é o caso das políticas voltadas ao planejamento familiar e controle da fecundidade. Demógrafa como a brasileira, Elza Berquó é símbolo de luta no campo da produção de conhecimento e análise política da saúde reprodutiva e a inclusão da dimensão da saúde sexual das mulheres e desigualdade de raça e gênero. Suas participações e interpretações em conferências de população e direito da mulher como a Conferência da População e Desenvolvimento, Cairo (1994) e Conferência das Mulheres, Beijing (1995), são emblemáticas para entender a luta do movimento de mulheres brasileiras contra os pró-natalistas, controlistas e neomalthusianos, que ditavam as políticas de controle da sexualidade feminina, escondidos por trás dos termos planejamento familiar e desenvolvimento econômico.

Um ponto vitorioso na primeira conferência foi à aliança política de mulheres para obtenção de uma agenda de população que considerasse a questão da mulher como principal alvo das políticas de população, especialmente aquelas ligadas à pauta da reprodução. Como abordou Goldani (1997), a reprodução é entendida muitas vezes como uma responsabilidade exclusivamente da mulher, e as políticas impactam em seus corpos e vidas. (Goldani, 1997)

No campo da Demografia, a mensuração das possibilidades e níveis da reprodução de uma população é feita com base nas taxas de fecundidade feminina, elaboradas na relação filhos/mulheres em idade reprodutiva (BILAC e BALTAR, 1998).

Os estudos demográficos que cruzam a questão da população e gênero neste panorama ficam mais relacionados a tudo que diz respeito à reprodução e corpo da mulher. Resultando que os estudos sobre o processo saúde, adoecimento e morte de mulheres, recaem especialmente sobre eventos relacionados às mortes maternas, às doenças sexualmente transmissíveis, à contracepção, ao aborto, à esterilização, ao câncer de mama, ao câncer no colo do útero, entre outras possibilidades nas quais pode ser incluída a pauta da violência.

Nessa perspectiva, deve ser reconhecido que a violência permeia e limita as liberdades e possibilidades sexuais e reprodutivas das mulheres, já que estas vivem e são expostas a diversas formas de exploração ou constrangimentos em todos os aspectos e atividades da vida humana, seja para alcançar escolarização, ingressar e permanecer no mercado de trabalho ou ter mobilidade espacial e social. Uma visão centralizada apenas na procriação resulta inclusive na tendência da análise demográfica a se voltar mais à vida de mulheres adultas, de idade considerada reprodutiva da mulher, na faixa de 15 a 49 anos, período do ciclo de vida da mulher em que a atividade reprodutiva se dá em maior intensidade. (Tabet, 2005)

A saúde reprodutiva também é inter-relacionada à questão da violência contra mulher, especialmente os tipos sexual, doméstica e conjugal. Para Rodriguez e Becerra (1998) as novas concepções sobre saúde reprodutiva pós Cairo 1994 abrem brecha para discutir a sexualidade e as questões relacionadas às violências. Segundo OMS/Cairo 1994:

Saúde reprodutiva é um estado completo de bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de doenças ou incapacidades, em todas as questões relacionadas ao sistema reprodutivo e suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo... (Apud BILAC and BALTAR, 1998:11).

Ou seja, como a saúde reprodutiva não se restringe à capacidade de procriação, abre-se espaço aos temas pouco explorados até então como direitos relacionados à sexualidade, o aborto, as enfermidades de transmissão sexual, a criação dos filhos, os direitos sexuais e reprodutivos e a violência contra as mulheres (RODRIGUEA e BECERRA, 1998: 265 e 266).

Existem estudos que discutem o nível institucional da violência contra a mulher e sua conexão com a saúde reprodutiva ao debater a questão das mutilações genitais e sofrimento decorrentes da violência obstétrica, criminalização do aborto, e esterilizações em massa como práticas punitivas e de limpeza étnica praticada pelo Estado. Por sua vez, a violência contra a mulher tem sido objeto de estudo relacionado à área da saúde nas pesquisas da Saúde Pública e da Epidemiologia, duas ciências que são campos de interdisciplinaridade com a Demografia. A violência é vista por estas disciplinas como uma epidemia, suas contribuições de estudos para o caso das mulheres são múltiplas, desde o olhar aos desenvolvimentos dos métodos de quantificação e percepção da violência em documentos de saúde, procedimentos de acolhimento e atenção às vítimas, estabelecimentos de relações entre os diversos processos de adoecimento e morte e a prevenção.

Um trabalho pioneiro no campo da violência sexual e doméstica contra a mulher foi o livro/relatório *Sexual Coercion and Reproductive Health: A focus on Research* escrito por Lori Heise, Kristen Moore e Nahid Toubia, em 1995. O relatório analisou o fenômeno da violência sexual e sua relação com o campo do planejamento família e saúde reprodutiva das mulheres objetivando a condução de pesquisas e implantação de programas endereçados ao diagnóstico da violência sexual e seu impacto na saúde reprodutiva das mulheres. Segundo as autoras, estudos sobre abusos sexuais e físicos não são frequentes na área da saúde, embora a violência baseada em gênero, conceito abordado no relatório, persista em todas as sociedades e vem aumentando na maioria delas. O relatório expõe que a literatura, embora escassa, vem crescendo substancialmente devido aos diversos acordos multinacionais para a eliminação da violência de gênero contra as mulheres, especialmente sobre as violências sexuais que estão ligadas intrinsecamente à saúde sexual e reprodutiva, como a gravidez na adolescência, comportamento sexual de alto risco (sexo desprotegido com múltiplos parceiros e a prostituição), doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), mortalidade neonatal e materna e dor pélvica crônica. O estudo expõe que há consenso entre

acadêmicos, juristas e ativistas dos direitos humanos que os serviços de planejamento familiar e da saúde reprodutiva são a porta de entrada para mulheres que precisam de serviços sociais e jurídicos, pois a saúde é uma das poucas instituições que tem contato regular com as mulheres (HEISE *et al.*, 1995).

De acordo com a publicação, a coerção sexual é definida como sendo qualquer ato de forçar (ou ameaçar pela força) outro indivíduo através da violência, ameaças, incitação verbal, constrangimentos, expectativas culturais ou circunstâncias econômicas para ter comportamento sexual contra si próprio. Tais comportamentos incluem uma gama de possibilidades, desde estupros aos casamentos arranjados e serviços sexuais de mulheres jovens contra sua vontade, sendo a questão fundamental da coerção a restrição das escolhas das mulheres às opções sem consequências sociais e físicas severas. Definições como estas reiteram a necessidade de observar a violência sexual contra mulheres no aspecto amplo como apontado também por Liz Kelly (2000).

As observações sobre os links entre o abuso físico e sexual e impacto negativos nos índices de saúde da mulher contêm: aspectos diretos da violência as DSTs, gravidez indesejada, aborto espontâneo, aborto inseguro, assim como o homicídio e o suicídio, especialmente em culturas nas quais o estupro e ou a gravidez fora do casamento são altamente estigmatizados. Efeitos indiretos colocam a saúde da mulher em risco ao limitar seu poder de negociação para o uso de contracepção, acesso aos serviços de saúde apenas com a permissão masculina, além da violência vinda do próprio sistema de cuidado que pode ser violento através de tratamento abusivo e humilhante e práticas de esterilização forçada. Outro aspecto apontado pelo estudo de Heise *et al.* (1995) diz respeito ao frequente uso do estupro como ferramenta tática com finalidade política por meio de intimidação e punição individual das mulheres para desestabilizar e desmoralizar comunidade e para extermínio étnico. As autoras também abordam a questão da cultura da violência masculina questionando-se o que faz um indivíduo do sexo masculino decidir desempenhar o papel de agressor, ao passo que nem todos os homens praticam a violência, segundo elas (HEISE *et al.* 1995).

Podemos recorrer à feminista materialista Nicole Claude Mathieu (2013) para reflexão sobre o porquê centrar as atenções nas relações sociais de sexo e gênero em pesquisas que busquem evidenciar as relações de exploração e dominação patriarcal através do fenômeno da violência. Para ela, a noção de sexo é a organização mental de

ideias (representações, mitos, utopias, etc.: o sexo “pensado”) e práticas (relações sociais entre os sexos: o sexo “ação”) frequentemente contraditórias, sejam estas contradições destacadas ou ocultadas, certas lógicas são estabelecidas socialmente (MATHIEU, 2013).

Uma síntese importante para entender as relações de exploração neoliberal das mulheres nas relações entre homens e mulheres é oferecida por Jules Falquet. A autora se apoia no conceito de “amalgama conjugal”, da antropóloga feminista materialista Paola Tabet (2005) para quem o conceito designa um conjunto de tarefas que podem, segundo circunstâncias históricas e culturais, ser realizadas por esposas e apropriadas em bloco por esposos dentro do matrimônio, ou vendidas separadamente por mulheres e compradas no mercado, geralmente por homens, tais como o trabalho doméstico, o trabalho emocional, o trabalho sexual e o trabalho procriativo das mulheres, que constituem os meios pelos quais a mulher é explorada no modo de exploração neoliberal. (Tabet, 2005)

Na perspectiva de apropriação individual e coletiva das mulheres, Tabet (2005) utiliza reflexões de Collete Guilliman (1992) que mostra que as tendências da globalização neoliberal é a transladação de uma apropriação privada das mulheres para uma apropriação coletiva, tendência que implica em separar as tarefas da amalgama conjugal e fazer com que elas saiam do marco do matrimônio ou da família para a oferta no mercado de trabalho assalariado no marco das atividades das mulheres de serviço, especialmente o trabalho doméstico e sexual. Neste sistema a monetarização resulta em encarecimento deste trabalho para homens que podiam obter gratuitamente dentro do marco do matrimônio, apropriação individual da mulher, permitindo que outras pessoas, na maioria homens, consiga obter mesmo quando pago uma mais valia no marco destas explorações (FALQUET, 2014:13).

Dentro do exposto até o momento, torna-se necessária uma abordagem para as mortes e violências específicas de mulheres dentro de marco conceitual que revele as relações hierárquicas de poder entre homens e mulheres. Neste sentido as propostas de abordagem que advêm do conceito feminista de **femicídios** são úteis, por serem propostas vinda das epistemologias subalternizadas no quadro hegemônico do conhecimento, por articular as preocupações do fenômeno enquanto questão estrutural do sistema neoliberal de exploração de mulheres, por expor as contradições e

desigualdades do sistema de relações sociais de sexo e gênero, por atender as prerrogativas da preocupação com a articulação do macro e micro espaço das dinâmicas da população priorizado pela análise demográfica e ao caráter de análise epidemiológica da área da Saúde Pública voltada às questões que afetam a saúde da mulher, que aliadas às definições e entendimentos sobre opressão de mulheres advindas do feminismo materialista e antirracista convertem-se em excelente perspectiva de análise da mortalidade feminina.

1.3 Sobre os feminicídios: o direito da mulher de nomear suas experiências

1.3.1 Origens do conceito *feminicídio*

O conceito de feminicídio surge a partir de meados dos anos 1970 do movimento feminista, como uma nova forma de nomear as mortes de mulheres por homicídio devido a sua condição social de mulher, e se opor a aparente neutralidade do termo homicídio, que designava as mortes por assassinato sem a observação sobre as diferenças de sexo e gênero nestas mortes. O conceito de feminicídio (*femicide* em inglês) começa a disputar a epistemologia dos direitos humanos, a palavra é um neologismo.

A primeira vez que o termo feminicídio foi utilizado ocorreu durante as sessões do Primeiro Tribunal Internacional de Crimes contra as Mulheres, em Bruxelas, Bélgica, em 1976. Neste tribunal sobre mortes de mulheres nos Estados Unidos e no Líbano, a ativista feminista Diana Russell testemunhou e defendeu que tais ocorrências seriam consequência de ações misóginas e, como tal, deveriam ser apresentadas e julgadas como feminicídios (*femicide*). O conceito exposto naquele tribunal englobaria uma variedade de violências contra as mulheres que resultam em morte, desde a prática de queimar mulheres consideradas bruxas no passado aos infanticídios de meninas, ou os casos de assassinatos justificados por motivos de honra. A ativista tinha como objetivo demonstrar que este tipo de crime tem sido praticado ao largo do tempo, e por diferentes justificativas (RUSSELL, 2011).

Posteriormente, em 1992, Diana Russell e Jill Radford lançam o livro *Femicide: the politics of woman killing*, composto por diversos artigos escritos por pesquisadoras e ativistas dos direitos humanos das mulheres sobre o tema dos feminicídios, entre os

anos 1980 e 1990. As autoras analisaram a ocorrência do fenômeno nos Estados Unidos, Reino Unido e Índia, acrescentando discussões como o racismo, a violência sexual sistemática e a lesbofobia como dimensões importantes a serem consideradas. (RUSSELL and RADFORD, 1992).

Na introdução ao livro, Jill Radford, coeditora da obra, define os feminicídios da seguinte maneira:

Femicídio (*femicide*) é o assassinato misógino de mulheres por homens, ele é uma forma de violência sexual. Como definido por Liz Kelly, a violência sexual pode ser considerada como “qualquer tipo de ato físico, visual, verbal ou sexual experimentado por mulheres ou meninas que tenha gerado qualquer efeito que fira, degrade ou tire as habilidades de controlar contatos íntimos” (Kelly, 1988:41).

Esta definição está no livro *Surviving Sexual Violence* (1988) em que ela estabeleceu o conceito do “*continuum* de violência”, marco para o desenvolvimento do conceito de feminicídio que evidencia um desencadeamento de violências que pode resultar na morte da mulher. Interno a esta definição está o reconhecimento da dissonância entre as percepções e experiências de mundo social e da violência sexual entre mulheres e homens, a visão dá prioridade às experiências e entendimentos das mulheres sobre as intenções dos homens, assim como é consistente com uma das bases do feminismo: o direito da mulher em nomear suas experiências (RADFORD, 1992:3).

Para Radford (1992), esta forma de tratar a violência sexual desenvolvida pela socióloga Liz Kelly amplia a possibilidade de entendimento, pois focaliza o olhar para o desejo de poder, dominação e controle, esta conceituação enxerga a agressão sexual praticada por homens em relação a todas as opressões da mulher na sociedade patriarcal.³ O que também permite fazer conexões entre as várias formas de violência sexual, ou seja, um “*continuum* da violência sexual”, onde o estupro, assédio sexual, pornografia, e abuso físico de mulheres e crianças são todas diferentes expressões da violência sexual praticada por homens e não formas discretas ou desconectadas entre si (RADFORD, 1992:3).

³ Dominação masculina + subordinação feminina = sociedade patriarcal.

A autora acredita que esta resignificação pode ser mais sensível às percepções da violência a partir do ponto de vistas das mulheres em comparação a uma visão legal sobre ela, que tende a ser enviesada pelas considerações racistas, heterossexistas e moralistas imbricadas nos aparelhos da justiça e segurança pública, ou seja, a observação do *continuum* da violência sexual contra as mulheres permite identificar e endereçar o leque de experiências heterossexuais forçadas e coercivas, que mulheres são submetidas, facilitando a análise da violência sexual masculina como forma central da manutenção do patriarcado. A autora localiza o feminicídio dentro deste *continuum*, desmascarando a tendência de retratar e interpretar os agressores como bestas ou animais (tipo de homem que foge dos padrões de “normalidade”), o colocando nos termos das políticas sexuais de apropriação das mulheres (RADFORD, 1992:4).

Outros fatores evidenciados por Radford dizem respeito ao silêncio e a banalização envolvida no tratamento geral destas mortes pelo sistema de justiça e pela mídia sensacionalista. Quando uma mulher é assassinada não há sobreviventes para contar sua história, não há depoimentos, nos restam os documentos oficiais de notificação das mortes por parte das autoridades e os relatos de parentes da vítima, do agressor e das testemunhas. Nos casos de agressão contra a mulher há uma tendência em transformá-la na própria responsável pela agressão que sofreu (RADFORD, 1992:6).

Abordando as questões estruturais da violência sexual perpetrada por homens, a pesquisadora elucida que este tipo de violência tem sido definida como característica da sociedade patriarcal, modo central pelo qual homens detêm poder sobre mulheres e criança, manifestando-se como outras formas de opressão, como o racismo, na discriminação econômica e legal, como toda forma de opressão estrutural está enraizada na violência. O feminicídio serve para controlar as mulheres enquanto classe de sexo e é fundamental para a manutenção do *status quo* do patriarcado. A definição de Radford está bastante ligada às concepções de violência da teoria feminista radical, que busca especialmente evidenciar as estruturas patriarcais da opressão das mulheres (RADFORD, 1992:6).

Em outro texto da coletânea *Femicide* (1992), Jane Caputi e Diana Russel definem o feminicídio da seguinte forma:

Assim como o estupro, muitos assassinatos de mulheres por maridos, amantes, pais, conhecidos e estranhos, não são produtos de algum desvio inexplicável, eles são feminicídios (*femicides*), a forma mais extrema do terrorismo sexista, motivado pelo ódio, desprezo, prazer, ou um senso de propriedade sobre a mulher. Feminicídio inclui mortes por mutilação, estupro, espancamentos que terminam em morte, imolação como no caso das mulheres consideradas bruxas na Europa ou de viúvas na Ásia, crimes de honra [...] nomeando-os como feminicídio remove-se o véu não engendrado de termos como homicídio e assassinato (CAPUTI and RUSSEL, 1992: 15 - tradução própria).

Para as autoras,

...o feminicídio fala sobre o extremo fim do *continuum* de terror anti-mulher que inclui uma variedade de formas de violências e abusos físicos e verbais, como o estupro, a tortura, escravidão sexual (particularmente na prostituição), incestos e extrafamiliar abuso sexual de crianças, violência física e emocional, assédio sexual (por telefone, nas ruas, no trabalho, e na escola), mutilação genital (clitoridectomia, excisão, infibulação), operações ginecológicas desnecessárias (histerectomias gratuitas), heterossexualidade forçada, esterilização forçada, maternidade forçada (pela criminalização da contracepção e do aborto), psicocirurgia, negação de alimentos para mulheres em algumas culturas, cirurgias estéticas e outras mutilações em nome da beleza. Sempre que estas formas de terrorismo resultam em morte, eles se tornam feminicídios (CAPUTI and RUSSEL, 1992: 15- tradução própria).

Em outro texto da coletânea, sobre as releituras dos assassinatos de mulheres na história da Europa, Marriane Hester trata da perseguição às bruxas na Europa continental, na Escócia e na Inglaterra, séculos XVI e XVII, período no qual milhares de mulheres foram condenadas ao aprisionamento e morte acusadas de bruxaria, o que ela nomeou como “feminicídio encoberto historicamente” (HESTER, 1992:30).

A autora atenta para o contexto demográfico dos séculos XVI e XVII, quando a população estava em mudança e as mulheres eram mais numerosas que os homens, para as classes baixas os casamentos ocorriam cada vez mais tarde. Entre pequenos proprietários de terra e trabalhadores a idade média ao primeiro casamento era bem alta no século XVII, crescendo de 27 anos para 28 anos para os homens e de 25 para 27 anos

para as mulheres. As circunstâncias de dificuldades econômicas fizeram com que não se pudesse manter economicamente um casamento antes disso. O efeito desse adiamento no matrimônio foi o crescimento do número de pessoas não casadas, especialmente de mulheres, e de mulheres vivendo fora do controle masculino. Dentro deste contexto as mulheres sozinhas eram ativamente competitivas com os homens para sobreviver em uma situação de escassez de recursos, o caso particular da mulher camponesa, que foi a mais afetada pela perseguição às bruxas, em especial as idosas (HESTER, 1992:30).

As proposições dos artigos compilados no livro *Femicide: the politics of killing women* tornaram-se marcos conceituais para qualquer pesquisa que procure entender o assassinato de mulheres partindo do ponto de vista feminista e que considere a interação das opressões, especialmente as de gênero, raça, classe e sexualidade. O objetivo da compilação foi nomear o feminicídio e o identificar como um tema urgente tanto para feministas como para pessoas que lutam pelo fim da violência contra as mulheres. Para elas, feminicídio localiza-se no contexto das políticas sexuais balizadoras da opressão patriarcal.

Em discurso mais atual, Russell rediscute suas contribuições iniciais sobre o conceito feminicídio e ressalta a importância das escolhas referentes à grafia do termo. Para ela, a utilização do prefixo ‘Fem’ faz referência ao termo em inglês ‘Female’ e não ‘women’, pois em inglês o termo ‘women’ restringe a idade da mulher ao período adulto/reprodutivo do ciclo de vida, o que não era a intenção da autora que desejava englobar no conceito de feminicídio mulheres de várias faixas etárias, sejam elas meninas, adolescentes, adultas ou idosas. Essa pontuação poderia ser feita também com base no português brasileiro onde a palavra ‘mulher’ restringe a idade da mulher à fase adulta do ciclo de vida. Ao longo dos anos o termo *femicide* passou a ser grafado de duas formas em países de língua castelhana e portuguesa, ora como femicídio, ora como feminicídio. Para algumas autoras, que desenvolveram posteriormente trabalhos sobre tema, as diferenças não recaem apenas na forma gráfica da palavra, mas também nos conceitos inerentes a cada grafia escolhida. Como exemplo, para algumas autoras a opção pela grafia feminicídio faz sentido por eliminar possíveis interpretações que equivalem o femicídio ao homicídio, o que resultaria em reducionismo do potencial do conceito (RUSSELL, 2011). Esta última interpretação é também a opção para esta tese, em que se grafa o conceito como feminicídios, reduzindo ao máximo os ruídos que esta nova perspectiva possa sofrer.

Russell (2011) acrescenta que também são feminicídios as mortes de mulheres por abortos malsucedidos nos países com governos regidos por premissas patriarcais e religiosas que os proíbem em suas legislações, assim como as mortes decorrentes das epidemias de AIDS e da infecção decorrente de estupros, e comportamentos sexistas, como chacinas com maioria de vítimas mulheres.

Nestes textos ficam evidentes duas formas de feminicídio, uma direta, especificamente os assassinatos de mulheres por homens, e outra indireta, que seriam as outras formas de violência patriarcal que termina em morte, sobretudo as formas institucionais, como a proibição do aborto e outras políticas de controle de sexualidade e corpo feminino que termine em morte, assim como a negligência dos Estados em coibir, punir e erradicar as formas diretas, pois a negligência do Estado promove violência e o senso de segurança e justiça se desloca da esfera pública dos direitos para se tornar uma responsabilidade individual.

1.3.2 A disseminação e tradução do conceito feminicídio na América Latina

No início da década de 1990, começa a crescer o número de denúncias de assassinato de mulheres jovens trabalhadoras das maquiladoras⁴ na região de fronteira entre o México e os EUA, Ciudad Juárez, Chihuahua. A violência sexual, mutilação, desfiguração e abandono dos corpos em vias e locais públicos, no contexto das mortes, chamavam a atenção da mídia e opinião pública, causando revolta na população, nesse momento se iniciam uma série de mobilizações pela defesa dos direitos humanos das mulheres e por justiça para as vítimas e seus familiares. Com este contexto, tem entrada na América Latina o conceito de feminicídios como conceito que define esta morte específica de mulheres.

O entendimento dado aos assassinatos de mulheres mexicanas dentro da concepção do feminicídio tem como foco as questões de classe social e raça/etnia e desloca o olhar mais voltado ao agressor íntimo para a negligência por parte do Estado mexicano na ação frente aos assassinatos, inclusive pela ausência de investigação ou montagem de respostas institucionais rápidas centradas em apresentar culpados. Outro

⁴ Empresas de montagem e acabamento de produtos para exportação, em sua grande maioria dos EUA e Japão, produzem especialmente eletroeletrônicos, peças de automóveis e têxteis. Este tipo de empresas são características da região fronteiriça do México e contam com expansão e incentivos fiscais para seu desenvolvimento desde a década de 1960. Elas são também a forma de industrialização desta região do México, uma marca são os baixos salários e a alta exploração trabalhista.

debate que o caso mexicano promoveu foi refletir sobre as questões estruturais relacionadas ao avanço do modo de produção neoliberalismo e sua relação com as mortes, como a instalação das multinacionais na região fronteiriça do México e consequente migração interna feminina em busca de trabalho na região (Lagarde,, 2006, Falquet, 2014).

As condições de trabalho das mulheres nas fábricas maquiladoras e a ausência de políticas nacionais destinadas ao desenvolvimento social desta região, compõem o contexto socioeconômico e político destas mortes, além dos aspectos políticos e de controle militar ao longo da história do país. Falquet (2014) ressalta que tais contextos são comparáveis a histórias semelhantes de ditadura e pós-guerra no continente americano (FALQUET, 2014).

Dan La Botz (1999) remonta a morte da adolescente Irma Angelica Rosales, 13 anos, estuprada e assassinada no caminho entre seu trabalho e sua casa na Ciudad Juárez, fronteira com a cidade de El Paso, Texas. Para ele mortes como a dela são símbolos do poder corporativo, do trabalho infantil e da exploração das mulheres na fronteira. Para ele, as corporativas multinacionais maquiladoras (EUA) foram implantadas na fronteira dos EUA-México em cima da exploração do trabalho de jovens mulheres como Irma. As jovens eram maioria das trabalhadoras nessas indústrias⁵ na época e coexistiu dicotômica situação entre a infraestrutura que o governo ofereceu às empresas maquiladoras e a contrapartida social oferecida para as comunidades do entorno (LA BOTZ, 1999)⁶.

Enquanto as corporativas multinacionais como General Motors, Ford, General Electric, Johnson & Johnson obtinham de suas parcerias com o governo mexicano e estadunidense apoio para construção de parques industriais modernos com enormes possibilidades de estacionamento para caminhões, redes de eletricidade de alta tensão e, em alguns casos, exteriores paisagísticos, porém os trabalhadores viviam em condições sub-humanas.

Os governos dos EUA e do México em parceria com as empresas privadas construíram super autoestradas, estradas de ferro e aeroportos para servir a zona maquiladora. Em contrapartida, os trabalhadores

⁵ Embora as jovens só possam ser empregadas com a idade de 16 anos, era comum naquela época o emprego de menores de idade de 12, 13 e 14 anos, através de documentação falsa.

⁶ <http://corpwatch.org/article.php?id=798>

vivem em barracos e nos destroços da produção industrial, em ruas sem asfalto, em locais sem água corrente, esgotos ou eletricidades, com escolas superlotadas, muitas jovens trabalhando sem frequentar escola, além da novidade do crack. Os traficantes de drogas, policiais e até mesmo o Exército mexicano cooperavam no movimento de drogas através da fronteira. Violência policial, tiroteios de facções rivais, disseminada presença de seguranças particulares para os ricos e fábricas ameaçavam a segurança dos cidadãos comuns. (LA BOTZ, 1999 - tradução livre)

A partir da década de 90 começa a ser aplicado o conceito de feminicídios no México e então a ser disseminado para outros países da América Latina. Dentre as vozes surge a da antropóloga e congressista mexicana Marcela Lagarde, que influenciada pelos estudos de Russell e Radford (1992), traduziu o termo do inglês *femicide* para a forma castelhana feminicídio para compreender e intervir politicamente nas mortes daquelas jovens.

Marcela Lagarde foi a principal estudiosa feminista mexicana a se pronunciar sobre feminicídios, ela atualizou o conceito feminicídio para denominar o conjunto de violações aos direitos humanos das mulheres que existem nas mortes e desaparecimentos de mulheres no México, além de entendê-los como crimes de lesa a humanidade (LAGARDE, 2008: 216).

O feminicídio é o genocídio contra as mulheres e acontece quando as condições históricas geram práticas sociais que permitem atentados violentos contra a integridade, a saúde, a liberdade e a vida de meninas e mulheres (LAGARDE, 2008: 216).

Segundo Lagarde, o conceito de feminicídios endereça os crimes contra crianças e mulheres ao patriarcado, considerando que eles expressam o fim extremo da dominação de gênero contra as mulheres. Ela identifica vários tipos de agentes desta violência, que podem ser pessoas de vários tipos de relação com as vítimas e ressalta aspectos da motivação ligada ao ódio, tais como:

parceiros, ex-parceiros, namorados, esposos, acompanhantes, familiares, visitas, colegas e companheiros de trabalho, ou por militares, desconhecidos e anônimos. Também é relatada a existência de grupos mafiosos de delinquentes ligados ao crime e suas linguagens. Uma marca destes crimes é o alto teor de crueldade e de fato serem crimes de ódio contra mulheres (LAGARDE, 2008: 216).

Para a autora, o “feminicídio demonstra a desigualdade estrutural entre mulheres e homens e como a dominação dos homens sobre as mulheres encontra na violência de gênero um mecanismo de reprodução da opressão de mulheres”. Quando o Estado e suas autoridades designadas para prevenir e erradicar estes crimes age de maneira negligente, ineficiente e preconceituosa, e coexiste na sociedade uma cegueira de gênero ou preconceitos sexistas e misóginos sobre as mulheres, a pesquisadora considera que se cria a condição para a existência de feminicídios e que este passa a ser um crime de Estado (LAGARDE, 2008: 217).

Marcela Lagarde foi deputada de 2003 a 2007, no México, pelo *Partido de La Revolución Democrática* (PRD), período em que atuou para a tipificação do crime de feminicídio. No período anterior ao seu mandato, existiu uma comissão especial de investigação dos homicídios de meninas e mulheres na Ciudad Juárez. A comissão utilizava algumas informações sobre os homicídios existentes, mesmo que em forma incipiente. Nesse período foram apresentadas diversas denúncias sobre crimes contra as mulheres de outras partes do país (LAGARDE, 2008:218).

Para dar conta da complexidade dos casos no território mexicano, sob a liderança de Lagarde, foi criada a comissão especial de acompanhamento aos feminicídios em toda a República Mexicana. Houve muitos avanços conceituais e políticos durante este processo, primeiro por tratar dos casos em todo o país e não somente na Ciudad Juárez e também por nomear os crimes com a terminologia dos feminicídios e não mais como homicídios, optando pelo tratamento dos casos desde uma perspectiva de gênero. Aos poucos a comissão parlamentar começou a trabalhar com a questão de acolhimento das denúncias e de exigência de justiça (LAGARDE, 2008: 218-219).

A Investigación Diagnóstica sobre a Violencia Femicida en la República Mexicana foi a primeira pesquisa científica qualitativa e quantitativa sobre a violência de gênero contra as mulheres realizada no México a partir de uma perspectiva feminista sobre gênero e direitos humanos das mulheres. O principal objetivo era documentar especificamente a situação do feminicídio no país, ao localizar o feminicídio como parte da violência doméstica e outras formas de violências investigadas (LAGARDE, 2008: 10 - tradução própria).

A comissão utilizou informação oficial dos ocorridos de 1999 a 2006, com dados sobre os homicídios dolosos e culposos. Os crimes de feminicídios foram entendidos dentro do marco da violência de gênero e das relações com todas as formas de violência contra meninas e mulheres. Segundo os achados da investigação, o perfil destas mulheres é variado em suas idades e classe social, mas se concentra nas mulheres jovens, pobres e marginalizadas. As vítimas sofreram variadas formas de tortura e violência (LAGARDE, 2008:222).

A perspectiva teórica que o grupo adotou acabou por demonstrar várias outras mortes violentas de meninas e mulheres. A investigação descobriu números alarmantes sobre acidentes domésticos, de trânsito e de suicídios. Foi revelado um elevado número de mulheres mortas por questões ligadas à saúde reprodutiva, como por câncer no colo de útero e ovários, e confirmado que as mortes maternas ocupavam o primeiro lugar nas taxas de mortalidade de mulheres em idade reprodutiva. Estudos regionais evidenciaram diferenças marcantes entre as várias regiões e cidades do México, revelando realidades complexas e diferenciadas por região (LAGARDE, 2008: 224- 225).

Para Lagarde, os resultados da Investigação Diagnóstica dos feminicídios permitiram comprovar as variadas teses teóricas sobre eles, entre elas, o fato da violência contra as mulheres ser “grave, complexa e multifatorial, fruto da articulação sinérgica de um conjunto de determinações baseadas na dominação e no sexo”. Alerta para a questão do racismo, classismo, lesbofobia e outras formas de opressão correlacionadas (LAGARDE, 2008: 232).

O feminicídio é uma das formas extremas de violência de gênero e está conformado pelo conjunto de feitos violentos misóginos contra as mulheres que implica na violação de seus direitos humanos, atentam contra sua segurança e põe risco a sua vida. Culmina no assassinato de algumas meninas e mulheres. Há infinidades de sobreviventes. O feminicídio se consuma porque as autoridades omissas, negligentes ou em conluio com agressores, exercem sobre as mulheres violência institucional ao obstaculizar seu acesso à justiça e com ele contribuem para a impunidade. O feminicídio acarreta a ruptura parcial do estado de direito, já que o Estado é incapaz de garantir a vida das mulheres, de respeitar seus direitos humanos, de atuar com legalidade e fazer respeitar, de procurar e administrar a justiça, e prevenir e erradicar a violência que o ocasiona. O feminicídio é um crime de Estado. (LAGARDE, 2008: 234).

Outro estudo sobre os feminicídios é do caso da Costa Rica na América Central, as pesquisadoras Montserrat Sagot e Ana Carcedo analisaram a realidade dos assassinatos de mulheres para a realidade da Costa Rica. Assim como Lagarde, Sagot e Carcedo utilizaram o conceito original de Russell, mas optaram por traduzir com a grafia femicídio.

Sagot e Carcedo afirmam que a violência contra mulher tem causado mais mortes que a malária, a AIDS ou a guerra. As ideias de paz e segurança estão fortemente associadas à instituição família no mundo ocidental, porém as autoras discutem que esta é uma visão conservadora que não revela a experiência de meninas e mulheres que têm na família o grupo social mais violento e a casa (hogar) o local mais inseguro. Segundo suas reflexões, não existe uma estimativa exata sobre as magnitudes da violência baseadas na desigualdade de gênero e seus impactos pelo alto sub-registro. Porém, muitas pesquisas vêm tornando cada vez mais evidente a sua existência (SAGOT e CARCEDO, 2006: 405).

Para Sagot e Carcedo (2006), a violência baseada na iniquidade de gênero figura como causa significativa de enfermidade e mortalidade feminina. As pesquisadoras coletaram informações estatísticas sobre assassinato de mulheres na Costa Rica por razões associadas à iniquidade de gênero, no período de 1990 a 1999. Analisaram a relação entre a vítima e o agressor, o lugar da ocorrência, a forma e as condições em que as mulheres foram mortas, ajudas prévias solicitadas pelas mulheres e as respostas encontradas. A finalidade do estudo foi a construção de propostas de prevenção e proteção para mulheres em risco de morte por violência baseada na iniquidade de gênero (SAGOT e CARCEDO, 2006: 409).

A pesquisa adotou como marco teórico os saberes sobre a socialização de gênero,⁷ violência⁸ e femicídio. Para Sagot e Carcedo, o conceito de femicídio “ajuda a desarticular os argumentos de que a violência baseada na iniquidade de gênero é um assunto pessoal ou privado e mostra seu caráter profundamente social e político,

⁷Todas as sociedades estabelecem mecanismos precisos para que os seres humanos aprendam os comportamentos e atitudes considerados adequados para cada expectativa de gênero, processo chamado de socialização de gênero. Processo que não é neutro e seu principal objetivo é forçar as pessoas a adaptarem-se às normas de uma sociedade estruturada com base na desigualdade e opressão de gênero. Controle social. Referência conceitual Andersen, 1988. (SAGOT e CARCEDO, 2006: 410).

⁸“A violência contra mulheres é também um componente estrutural do sistema de opressão de gênero” (SAGOT e CARCEDO, 2006:2011).

resultado das relações de poder entre homens e mulheres na sociedade” (SAGOT e CARCEDO, 2006: 413).

As pesquisadoras entenderam o femicídio, como:

Se entende por femicídio o assassinato de mulheres por razões associadas com seu gênero. O femicídio é a forma mais extrema da violência baseada na iniquidade de gênero, entendida esta como a violência exercida pelos homens contra as mulheres em seu desejo de obter poder, dominação ou controle. Inclui os assassinatos produzidos pela violência intra-familiar e sexual (SAGOT e CARCEDO, 2006: 414).

Partindo desta definição inicial desenvolvem a tipologia: femicídio íntimo, não íntimo e por conexão. **O femicídio íntimo**⁹ refere-se aos assassinatos cometidos por homens com quem as vítimas tinham alguma relação íntima, familiar, de convivência, ou de afinidade. **O femicídio não íntimo** refere-se aos assassinatos cometidos por homens com quem a vítima não tinha relações íntimas, familiares, de convivência, ou afinidade a estes. Geralmente envolve a agressão sexual. **O femicídio por conexão** refere-se ao assassinato de mulheres que foram assassinadas “na linha de fogo” de um homem tratando de matar outra mulher. Aparecem aqui as mulheres em contexto familiar, as crianças ou outras mulheres que tentaram intervir ou que simplesmente foram pegas na ação do feticida (SAGOT e CARCEDO, 2006: 414).

Portanto, segundo as autoras, as principais características definidoras do femicídio seriam o tipo de conexão entre vítima e o agressor, e as circunstâncias de ocorrência. Como metodologia elas elaboraram lista contendo todas as mulheres que foram mortas intencionalmente de 1990 a 1999 e pela leitura de cada uma das mortes reinterpretaram os dados que não constavam nos registros oficiais. Utilizaram fontes variadas para suprir as ausências de informações específicas. Elas estudaram os registros do “Libro de diagnósticos de Causas” da seção de patologia forense do Organismo de Investigación Judicial (OIJ); as notícias dos Jornais¹⁰ Extra, La Nación, La republica e La prensa; os registros do Anuário Estadístico Del Organismo de investigación Judicial (OIJ);¹¹ o Libro de casos entradas Del OIJ; Expedientes de

⁹ Importante ressaltar que o tipo femicídio íntimo já aparece como categoria nas apreciações de Diana Russell (1992).

¹⁰ Informações sobre a morte e possíveis suspeitos e relação com as vítimas. Além de informações sobre ocorrências de agressões anteriores, a forma como esta mulher morreu ou onde foi encontrado seu corpo, se houve testemunhas ou outras pessoas lesionadas, e o que o assassino fez após o assassinato.

¹¹ Onde se buscou dados sobre os assassinatos e as relações entre vítima e assassino.

homicídios Del OIJ;¹² e as Estadísticas Vitales Del Poder Judicial; y a los anuários del OIJ.¹³

Foram analisadas as relações dos homicídios de mulheres com os homicídios no geral, relação do homicídio de mulheres com os homicídios dos homens, relação dos homicídios das mulheres no geral e os femicídios, características das mulheres assassinadas e dos agressores, relações e situações de maior risco, nacionalidade, outras pessoas lesionadas na agressão, armas usadas, agressão sexual associada ao femicídio, antecedentes dos assassinos, suicídios, frequência de femicídios segundo província, relação com o agressor, lugar de ocorrência da morte, e sentenças condenatórias. As pesquisadoras concluíram que do total de 315 homicídios de mulheres na Costa Rica no período, 60% eram propriamente femicídios, 13% tinham tipo não identificado, segundo seus critérios de classificação, e em 17% dos casos não foi possível defini-los como femicídio (SAGOT e CARCEDO, 2006).

Posteriormente, em estudo sobre os femicídios na América Central como um todo, Ana Carcedo desenvolveu o conceito de cenários do femicídios, definindo-os de acordo com os territórios que ocorrem: cenário familiar, cenário de relações conjugais, cenário de agressão sexual, cenário de sexo comercial, cenários históricos e novos cenários de femicídio, cenário de tráfico de mulheres para todos os tipos de exploração, palco de máfias nacionais e internacionais e redes criminosas, cenário de gangues, mulheres como território de vingança, cenário da misoginia, cenários entrelaçados (CARCEDO, 2010).

Desde o final da década de 1990 nota-se um movimento crescente de ativistas e intelectuais feministas latino-americanas e caribenhas em estabelecer parâmetros locais para a análise das mortes específicas de mulheres sob o conceito de feminicídios/femicídios, especialmente grupos feministas de Honduras, Guatemala e Perú. Existe um esforço em relacionar o fenômeno às ausências dos Estados na prevenção, punição e erradicação das mortes e também a busca por evidenciar a relação destas mortes aos contextos políticos nacionais, fronteiras, guerras insurgentes (Colômbia), ditaduras militares, desaparecimento de mulheres em contextos políticos de golpe (Honduras), conflitos por terra e perseguição a lideranças dos movimentos

¹²Para confirmar a informação das outras bases.

¹³Para a realização de comparações entre os dados referentes aos femicídios e os outros tipos de assassinatos e também outras mortes violentas, para mulheres e para homens.

indígenas (Brasil), avanço do neoliberalismo, genocídio, fundamentalismos religiosos, as políticas sexuais de controle do corpo feminino e saúde reprodutiva das mulheres. O objetivo da tese é tratar o tema para o contexto do Brasil, o esforço argumentativo até aqui foi para situar o Brasil no quadro transnacional do fenômeno dos feminicídios e suas possibilidades e possíveis aproximações.

1.3.3 Adoção do conceito no Brasil: âmbito acadêmico e político

A primeira publicação brasileira sobre os feminicídios foi o livro *Femicídio: algemas do (In) visível* de autoria da pesquisadora Sueli Almeida, 1998. No livro é desenvolvida argumentação sobre a categoria “femicídio íntimo”, o termo femicídio foi utilizado para explicar o caráter sexista dos crimes conjugais, “desmascarando a aparente neutralidade dos termos homicídio e assassinato”, além de revelar o fenômeno que integra a política sexual de apropriação das mulheres. A referência utilizada são os estudos propostos na coletânea de Russell e Radford, 1992 (ALMEIDA, 1998).

Almeida esboçou inicialmente a discussão em sua tese de doutoramento em Ciências Sociais defendida na PUC de São Paulo, sob a orientação da socióloga feminista marxista Heleieth Iara Bongiovani Saffioti, em 1996. Para a autora “os homicídios ou tentativas não são casuais, nem fenômenos isolados, eles resultam do caráter intensivo e extensivo da violência de gênero, e em particular de sua versão doméstica”. O femicídio era para ela um termo que evidenciavam o caráter sexista dos homicídios no contexto conjugal heterossexual (ALMEIDA, 1998: 43).

A pesquisadora aponta para a inexistência de registros para a elaboração da história dos femicídios, isso porque somente nas últimas décadas que começam a ser compilados dados sobre homicídios desagregados por sexo (desde 1979 no Sistema de Informação de Mortalidade) e ausência da informação sobre os agressores. Almeida conclui que a produção de dados sobre os homicídios segundo sexo e tipo de relação entre vítima e o agressor são primícias para o desenvolvimento de estudos do femicídio e, portanto, “Ao se recusar a conhecer a extensão dos fenômenos da violência doméstica e do femicídio, o Estado colabora para ocultar a história de extrema opressão de amplos segmentos de mulheres” (ALMEIDA, 1998: 43).

Outro tema que habitava as preocupações da pesquisadora eram os assassinatos de homens por suas (ex) esposas e (ex) companheiras, o que ela nomeou como a “outra face do femicídio”. Seus estudos abordavam as diferentes formas de participação dos autores dos homicídios conjugais consumados e tentados. A pesquisadora analisou 18 histórias das quais 7 mulheres foram vítimas de homicídios no contexto de relações conjugais, 4 foram vítimas de tentativas de homicídio, nas quais uma foi alvejada na linha de frente do confronto entre sua irmã e seu cônjuge, e encontrou 7 homicídios de homens em relações conjugais; as informações foram capturadas nos tribunais do Rio de Janeiro. Constatou que nas situações em que os homens foram vítimas de homicídios conjugais as mulheres estavam procurando se defender de agressões ou sofriam de um processo longo de agressões (ALMEIDA, 1996: 44-45, e ALMEIDA, 1998). Uma visão mais centrada nos riscos da mulher numa relação conjugal.

Durante a década que se seguiu houve muita luta promovida pelos movimentos sociais de mulheres, feministas e de mulheres negras buscando fazer a transição da discussão sobre crimes conjugais para os feminicídios com foco no acesso à justiça. Um exemplo emblemático é a publicação do livro *Do silêncio ao grito contra a impunidade: o caso Marcia Leopoldi*, escrito pela irmã da vítima, Deise Leopoldi e a União de Mulheres de São Paulo,¹⁴ de 2007. No livro é feita a denúncia do caso de feminicídio de Márcia Leopoldi por seu ex-namorado Lago, em 1984, e a saga da família em articulação ao movimento de mulheres por justiça frente à negligência da justiça brasileira para apurar e julgar crimes como este e os processos de *advocacy* via organismos internacionais de direitos humanos.

Abaixo se transcreve uma narrativa sobre o processo de denúncia à CIDH da OEA, pois é de suma importância compreender este trâmite que vem sendo a forma como os movimentos sociais enfrentam a negligência do Estado diante das mortes de mulheres:

[em 1996], a União de Mulheres de São Paulo, em conjunto com Cladem, Cejil e Human Rights Watch, elaborou uma petição denunciando o caso Márcia Leopoldi à Comissão Interamericana. Foi apresentada com fundamento no art. 12 da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a violência contra a mulher (Convenção do Belém do Pará). Tal artigo expressa o direito de

¹⁴A união de mulheres de São Paulo foi fundada em 1981, por trezentas mulheres do movimento feminista paulistano, suas origens vêm da luta das mulheres pelo fim da ditadura militar e pela redemocratização do país.

qualquer pessoa ou entidade não governamental juridicamente reconhecida em Estados-membros da Organização de apresentar à Comissão denúncias ou queixas de violação de políticas destinadas a prevenir, punir e erradicar a violência (LEOPOLDI, 2007:115).

O livro faz menção ao conceito de femicídio nos termos de Russell e Radford, 1992. No texto são mencionadas as dificuldades de encontrar a quantidade de homicídios que seriam femicídios no Brasil, e que os estudos sobre eles são escassos perante a quantidade de cobertura midiática sobre casos de assassinatos de mulheres:

O assunto é tratado de forma sensacionalista, como um ‘espetáculo’. Haja vista que têm sido televisionadas, por horas e dias, situações de violência contra a mulher, cujas cenas a população acompanha como se fosse uma novela, impregnadas de ficção e comentários sexistas (LEOPOLDI, 2007:177).

O caso de feminicídio sofrido por Leopoldi é bastante parecido ao de Maria da Penha, até mesmo no processo de busca por acionar mecanismos internacionais de direito das mulheres. Em maio de 1983, Maria da Penha dormia quando o então marido, Viveros, deu um tiro em suas costas. Ele simulou que o caso se tratava de um assalto e ela ficou paraplégica. Após quatro meses no hospital, ao voltar para casa, em Recife, sofreu novamente tentativa de assassinato, a farsa foi descoberta. Em 1998, passados quinze anos do crime, o agressor de Maria da Penha foi julgado e condenado duas vezes e em ambas saiu livre do fórum devido a recursos. Por esta negligência do Estado brasileiro em agir perante a este e outros diversos crimes contra mulheres, organizações sociais deram entrada em denúncia à Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos via Centro pela Justiça e o Direito Internacional (CEJIL) e o Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (Cladem).

Em 2001 o Brasil foi condenado por omissão, tolerância e impunidade com que tratava os casos de violência doméstica, e foi instruído a iniciar mudanças na legislação para coibir a violência contra a mulher e pagar reparações à Maria da Penha. A Lei nº 11.340 acabou sendo apelidada pelo nome de Maria da Penha, pois a sua elaboração tanto dialogava com os acordos internacionais de direitos das mulheres quanto respondia às medidas que deveriam ser implantadas pós-condenação na Corte

Interamericana de Direitos Humanos. No caso da Lei Maria da Penha existe a menção às mortes por violência doméstica, mas não há um item específico utilizando o termo feminicídio, ou femicídio.

Em outubro de 2008, ganha visibilidade o conceito e agora grafada como feminicídio, no texto de duas ativistas feministas, Maria Dolores de Brito Mota¹⁵ e Maria da Penha Maia, ao discutirem o sequestro e morte da adolescente Eloá Cristina Pimentel, 15 anos, por seu ex-namorado, motivado pela “recusa em aceitar o fim do relacionamento”. O caso ocorreu na região do ABC, na grande São Paulo, e foi emblemático para a opinião pública brasileira. Durante os 4 dias em que a jovem fora mantida em cárcere privado, a imprensa cobria tudo do lado de fora do conjunto habitacional na periferia de Santo André, onde residia a jovem, onde foi mantida em cativo e assassinada.

O caso ocorreu no dia 13 de outubro de 2008, a jovem Eloá foi persuadida pelo ex-namorado a deixá-lo entrar em sua residência para dialogar após recusa em reatar a relação. Na ocasião, a jovem estava com a melhor amiga Naiara, e mais dois colegas de escola do sexo masculino, Iago e Victor. No momento em que entrou armado anunciou suas intenções. Após negociação com a polícia, os jovens do sexo masculino foram libertos, em seguida a amiga Naiara, com exceção de Eloá que permaneceu em cárcere sendo agredida e torturada. Após nova negociação policial, os oficiais solicitaram que Naiara tentasse negociar com o agressor a soltura da amiga, neste momento ela foi recapturada. Houve muito diálogo fraterno entre os policiais e o agressor. Os oficiais cometeram sucessivas falhas e declaravam à imprensa sua vontade de preservar a vida e integridade moral do sequestrador que, na opinião deles, era apenas um jovem apaixonado (VIANNA, 2010).

“(Lindemberg) bateu na vítima, acusou, expôs, coagiu e por fim martirizou o seu corpo com um tiro na virilha, local de representação da identidade sexual, e na cabeça, local de representação da identidade individual”, o agressor também vitimou a amiga da jovem com tiro na boca, durante o tempo que também a manteve como refém (MOTA e FERNANDES, 2008).

As autoras entendem que o assassinato de Eloa foi um feminicídio que para elas “é um crime de ódio, realizado sempre com crueldade, como o ‘extremo de um

¹⁵Socióloga, professora adjunta da Universidade Federal do Ceará, lotada no Instituto de Cultura e Arte.

continuum de terror antifeminino, incluindo várias formas de violência até alcançar o nível da morte pública [...] Assim o feminicídio é um crime de poder, é um crime político. Juridicamente é um crime hediondo, triplamente qualificado: motivo fútil, sem condições de defesa da vítima, premeditado” (MOTA e FERNANDES, 2008). Desta forma reaparece o conceito, mas agora com a grafia feminicídios, apoiado no estudo da antropóloga Rita Laura Segato, *Que és um feminicídio*, 2006, como base conceitual.

Nos textos de Rita Segato (2006), é possível averiguar que a discussão principal também recai sobre o questionamento sobre se o conceito feminicídio deve incluir todos os assassinatos de mulheres ou se deveria ser uma categoria mais restrita. No seu entendimento, elaborar uma tipologia específica para os casos de feminicídios permitiria criar dados mais precisos e facilitar a identificação dos culpados. Desta maneira, seriam necessárias também categorias jurídicas precisas a respeito dos autores para a obtenção de informações mais especializadas sobre os feminicídios. Para ela, ao definir essas especificidades seria possível traçar um paralelo entre a categoria feminicídio e genocídio. Em texto, de 2011, Segato defende feminicídio como um “conjunto de violências dirigidas especificamente à eliminação das mulheres por sua condição de mulheres”, sendo necessário elevar a categoria de feminicídio a um nível equivalente ao de “genocídio” (SEGATO, 2006 e 2011: 6).

No campo das políticas públicas, nota-se a partir de 2010 uma amplificação de esforços no âmbito das políticas e lutas feministas pelos direitos das mulheres para inserir os feminicídios como categoria jurídica em diversos países inclusive no Brasil. Um primeiro sinal da transnacionalização do conceito nos países da América Latina e Caribe pode ser vistos nos documentos elaborados pela *XI Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe*, realizada em Brasília em 2010, que contou com a participação de mulheres da política dos Estados e ativistas dedicadas a promoção e defesa dos direitos das mulheres em prol da igualdade de gênero com ênfase na autonomia e no empoderamento econômico. No documento os termos feminicídio e femicídio aparecem no tópico destinado às recomendações para ampliar a participação das mulheres nos processos de tomada de decisão e esferas de poder. Nele, a violência femicida contra as mulheres aparece como impedimento a alcançar essa participação, nos seguintes termos:

f) Incorporar en las políticas de seguridad pública medidas específicas para prevenir, investigar, sancionar, penalizar y erradicar el femicidio

y el feminicidio, entendidos como la forma más extrema de violencia de género contra las mujeres (CEPAL DE LAS MUJERES, 2010:8).

Wânia Pasinato apresenta discussão sobre as implicações políticas da escolha pela categoria femicídio (a autora acreditava que existia duas formas de grafar a categoria e que a escolha por femicídio ou feminicídio não impactava em diferenças conceituais para a realidade latino-americana e brasileira, no artigo “Femicídios e as mortes de mulheres no Brasil” de 2011. A pesquisadora trouxe com seu artigo revisão bibliográfica sobre o tema fazendo referência às reflexões de Russell e Radford (1992), apontando para a inexistência ou falta de acesso a informações disponíveis que possibilitem a análise dos casos na América Latina. Segundo Pasinato, para contornar este obstáculo a maior parte dos estudos vem recorrendo às informações difundidas na imprensa e múltiplas fontes oficiais e sociais como, por exemplo, processos criminais e reportes internacionais. O artigo busca definir, delimitar e pensar quais os avanços que a categoria “femicídios” pode ou não trazer (PASINATO, 2011).

Para Pasinato:

Um dos maiores obstáculos para os estudos sobre mortes de mulheres, e sobre os homicídios de forma geral, no Brasil é a falta de dados oficiais que permitam ter uma visão mais próxima do número de mortes e dos contextos em que ocorrem. Os estudos e relatórios sobre a situação dos femicídios em países da América Latina não enfrentam situação diferente. A maior parte dos trabalhos aponta para a falta de dados oficiais, a ausência de estatísticas desagregadas por sexo da vítima e de outras informações que permitam propor políticas de enfrentamento para esta e outras formas de violência que atingem as mulheres. Em muitos casos a estratégia adotada pelos estudos acaba sendo a utilização de dados provenientes de diferentes fontes – como registros policiais, registros médicos-legais, processos judiciais, documentos do Ministério Público e, uma das fontes mais comuns, a imprensa escrita [...] sua utilização pode resultar em dados bastante frágeis dos pontos de vista metodológico e científico [...] existe diferentes sistemas de classificação (PASINATO, 2011: 233).

A autora compara a categoria femicídio e sua tendência a englobar todas as mortes de mulheres ao “método da amálgama” de Elisabeth Badinter (2005), que segundo ela é aplicado sempre que se tenta dar expressão numérica aos crimes contra as mulheres os unificando. A homogeneização de todos os assassinatos de mulheres numa única categoria é a maior crítica da autora que argumenta sobre a fragilidade de impacto

político, caso não sejam consideradas características específicas das vítimas, como idade, raça/cor, grupo sócio-ocupacional a qual pertence, por exemplo, e o contexto no qual o crime ocorre. Desta forma, Pasinato sugere a necessidade de desagregar os dados, por considerar que substituir a categoria homicídio pela categoria femicídio não contribui para o conhecimento e compreensão sobre eles e as especificidades relativas às relações de gênero. Ela ressalta que a discussão era ainda muito recente no país e que não se dispunha de um conjunto de argumentos que permitisse a validade política da classificação e não apresenta metodologia ou dados para exemplificar suas averiguações (PASINATO, 2011).

Vale aqui um parêntese para ressaltar que o conceito de “amalgama conjugal”, de Paola Tabet, não tem nada que ver com o “método da amalgama”, proposto por Badinter para a forma de olhar dados estatísticos, que faz parte de outra tendência feminista na França. Esta tese prioriza o diálogo com teóricas feministas materialistas, para quem o conceito de amalgama conjugal diz respeito às formas de opressão de mulheres baseado na exploração do seu trabalho sexual, reprodutivo (procriativo), emocional e doméstico, sob contrato matrimonial/conjugal ou de mercado.

No mesmo ano de publicação de seu artigo, Wânia Pasinato juntamente a Carmen Hein de Campos e Carolina Marra, foi responsável pela construção do documento *Indicadores Sobre Violência Doméstica Baseada Em Gênero No Mercosul*,¹⁶ da Reunião Especializada da Mulher do MERCOSUL – REM, em novembro de 2011. O documento teve por finalidade oferecer subsídios para a definição de políticas regionais que combatam a violência contra as mulheres, considerando que “os indicadores de gênero são ferramentas necessárias e indispensáveis no planejamento que permita a visibilização da problemática da violência, além de serem insumos fundamentais para elaborar políticas públicas acordes e ajustadas às necessidades da população afetada”. O documento apresenta diagnóstico regional comparativo a respeito das fontes de dados e informações existentes no Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai sobre a violência doméstica baseada em gênero, segundo sua cobertura e sua qualidade, busca evidenciar potencialidades e limites das fontes identificadas para a constituição de um Sistema de Indicadores, averiguando especialmente os mecanismos de gênero (organismos governamentais de promoção, proteção e garantia de direitos das

¹⁶ A autora desta tese foi consultora contratada do projeto sobre o caso brasileiro.

mulheres), segurança pública, justiça e saúde dos Estados-membros (CAMPOS *et al* 2011: 13).

O documento faz a seguinte afirmação sobre o uso da categoria feminicídio:

Inspirados por um debate presente na América Latina, os países do MERCOSUL têm colocado em discussão a criminalização dos homicídios de mulheres, defendendo a aprovação de um tipo penal específico – femicídio ou feminicídio. No entanto, pouco se sabe sobre essas mortes, suas características e motivações (CAMPOS *et al.* , 2011:80).

Desta forma, o documento não trata do feminicídio ou femicídio estritamente, optando por falar em homicídios de mulheres e sua potencialidade como indicador da violência doméstica baseada em gênero. Concluem evidenciando as deficiências para efetivar o estudo inclusive sobre homicídios no Mercosul:

Identificam-se, com preocupação, lacunas de informações com relação a mortes de mulheres. O Brasil é o único país na região onde é possível obter um detalhamento a respeito das mortes de mulheres – segundo o tipo de violência, os meios utilizados, além de informações sobre a vítima (idade e local de moradia). Ainda que não seja possível a identificação das mortes como decorrentes da violência baseada em gênero, permite conhecer a evolução da morte de mulheres na sociedade brasileira desde 1979 até os dias atuais. Nos outros países é possível saber apenas o número de mulheres mortas e, em alguns casos, sua distribuição por causas naturais ou externas. Deve-se analisar melhor esta possibilidade para a proposição de indicadores sobre mortes de mulheres por causas externas (CAMPOS *et al.* , 2011:83).

Do ano de 2010 a diante se multiplicam os estudos acadêmicos e iniciativas dos movimentos sociais sobre os feminicídios. Outro exemplo foi o texto das pesquisadoras do IPEA Leila Posenato Garcia, Lúcia Rolim Santana de Freitas, Gabriela Drummond Marques da Silva e Doroteia Aparecida Höfelmann, que exploram os dados sobre mortes por agressão disponibilizadas pelo sistema de informação de Mortalidade (SIM/DATASUS), no período de 2001 a 2011 (GARCIA *et al.* , 2013).

Para elas os feminicídios/femicídios são as mortes de mulheres decorrentes de conflitos de gênero, pelo fato de serem mulheres, descrevem que estas mortes são geralmente perpetradas por homens de relação da mulher e decorrem de situações em

que a mulher tem menos poder em relação ao homem. Avaliam que no Brasil neste período estudado morrem cerca de 50 mil mulheres por feminicídios e que a maior parcela é decorrente da violência doméstica e familiar já que o domicílio corresponde a um terço dos locais de ocorrência. Também observaram que após a promulgação da Lei Maria da Penha em 2006, não houve o decréscimo esperado, demonstrando que a lei não teve efeito sobre a incidência destas mortes. Também foram apontadas diferenças regionais no período estudado, sendo o Nordeste a região com maior mortalidade (6,9 por 100 mil no período de 2009-2011) (GARCIA *et al.*, 2013).

Em 2013, no âmbito legislativo e jurídico, foi nomeada a Comissão Parlamentar Mista De Inquérito da Violência Contra a Mulher, CPMIVCM, com o objetivo de “investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência”. Dentre as proposições do relatório final da CPMI investiu-se em projeto de lei para tipificar e incluir o feminicídio dentro do Código Penal brasileiro, a CPMIVCM já havia ocorrido em duas outras oportunidades em 1992 e 2003 (CPMIVCM - SENADO FEDERAL, 2013).

A curva ascendente de feminicídios (o assassinato de mulheres pelo fato de serem mulheres), a permanência de altos padrões de violência contra mulheres e a tolerância estatal detectada tanto por pesquisas, estudos e relatórios nacionais e internacionais quanto pelos trabalhos desta CPMI estão a demonstrar a necessidade urgente de mudanças legais e culturais em nossa sociedade. Conforme mostra a pesquisa intitulada Mapa da Violência: Homicídios de Mulheres, mais de 92 mil mulheres foram assassinadas no Brasil nos últimos trinta anos, 43 mil delas só na última década. É preciso dar um basta nas diversas manifestações de violência contra as mulheres, sobretudo em sua forma extrema: o assassinato [...] Importa considerar, ainda, no tocante ao feminicídio, a existência de recomendações internacionais para a sua tipificação, a exemplo daquelas inscritas no Relatório sobre Violência contra Mulheres, suas Causas e Consequências, assinado por Rashida Manjoo, assim com Conclusões Acordadas da Comissão sobre o Status da Mulher, em sua 57ª Sessão, em 15 de março de 2013. Esses e outros instrumentos internacionais estão a exigir uma resposta legislativa contra tal fenômeno, motivo por que leva este Colegiado a apresentar um projeto de lei tipificando o feminicídio (CPMIVC - SENADO FEDERAL, 2013:8).

O projeto propunha que o feminicídio entrasse como agravante do homicídio no Código Penal, com pena de reclusão de 12 a 30 anos, tipificando-o como assassinatos

de mulheres com circunstâncias de violência doméstica ou familiar, violência sexual, mutilação ou desfiguração da vítima (CPMIVCM, SENADO FEDERAL, 2013:998 e 1002).

Para a comissão,

“A importância de tipificar o feminicídio é reconhecer, na forma da lei, que mulheres estão sendo mortas pela razão de serem mulheres, expondo a fratura da desigualdade de gênero que persiste em nossa sociedade, e é social, por combater a impunidade, evitando que feminicidas sejam beneficiados por interpretações jurídicas anacrônicas e moralmente inaceitáveis, como o de terem cometido “crime passional”. Envia, outrossim, mensagem positiva à sociedade de que o direito à vida é universal e de que não haverá impunidade. Protege, ainda, a dignidade da vítima, ao obstar de antemão as estratégias de se desqualificarem, midiaticamente, a condição de mulheres brutalmente assassinadas, atribuindo a elas a responsabilidade pelo crime de que foram vítimas.” (CPMIVCM - SENADO FEDERAL, 2013: 1004).

Como consequência dos debates e ações, em 9 março de 2015, a lei contra os feminicídios foi aprovada no Brasil, dentro do Código Penal, como sendo um agravante aos casos de homicídio, artigo 121 CP. Desta forma, foi definido o feminicídio como sendo os homicídios cometidos contra a mulher por razão da condição de sexo feminino, definida como: violência doméstica e familiar e menosprezo ou discriminação à condição de mulher. A pena poderá ser aumentada de 1/3 até a metade se o crime for praticado contra mulher durante a gestação ou nos 3 meses posteriores ao parto; contra pessoa menor de 14 (catorze) anos, maior de 60 (sessenta) anos ou com deficiência, na presença de descendente ou de ascendente da vítima (ONU, 2016; BRASIL, 2015).

O Brasil foi o 16º país latino-americano com legislações punitivas ao feminicídios (Tabela 2). A discussão sobre os feminicídios já ganhou visibilidade no âmbito judicial e político em diversos países da América Latina e Caribe. Em alguns países, como no México, o Estado conta além da lei com mecanismos de monitoramento e diagnósticos aos feminicídios (ENDIREH). O Uruguai aprovou agora em 2017, se tornando o 17º país a possuir legislação punitiva para os feminicídio/femicídios.

**Ano de promulgação de legislação punitiva aos
feminicídios/ femicídios. Países Latino
Americanos e Caribenhos.**

País	Ano
Costa Rica	2007
Guatemala	2008
Colômbia	2008
Chile	2010
El Salvador	2010
Peru	2011
Nicarágua	2012
México	2012
Argentina	2012
Honduras	2013
Bolívia	2013
Panamá	2013
Equador	2014
Venezuela	2014
República Dominicana	2014
Brasil	2015
Uruguai	2017

Fonte: <http://www.compromissoeatitude.org.br/legislacoes-da-america-latina-que-penalizam-o-femicidio/> (Elaboração própria)

1.3.4 Hiato entre produção de dados e discussão teórica sobre feminicídios

É certo que diversos estudos têm influenciado o desenvolvimento do campo de estudos sobre feminicídios no Brasil, especialmente podemos citar os estudos de Almeida (1998), Marcela Lagarde (2001), os estudos de Rita Segato (2006) e de Mosserat Sagot e Ana Carcedo (2002), como os que mais tiveram inserção na academia e ativismo feminista brasileira nos anos 2000, sob as terminologias oscilantes, ora dos feminicídios, ora dos femicídios, como exposto anteriormente.

Porém, os estudos sobre o *assassinato de mulheres* como um todo têm história anterior e conta com considerável produção desde a década de 1970. Estes estudos contaram com o trabalho de proeminentes autoras feministas como a antropóloga Mariza Correa (1981), as sociólogas Heleieth Safiotti (1995) e Eva Blay (1997), antropóloga e cientista política Guita Grin Debert (1987) e Barbara Soares (1999), na Saúde Pública com a Maria Inês Barbosa (1998) e Lilia Schraiber (2014), na Demografia com Estela Maria Pinto Cunha e Elza Berquó (1990).

Estes estudos tratavam das questões da violência contra a mulher em âmbitos familiares, conjugais e domésticos. Autoras como Barbosa (1998) e Pinto (1990) propuseram conexões com a desigualdade por raça. A diferença principal entre estes estudos e um estudo sob a ótica do conceito de feminicídio é o deslocamento do foco centrado no indivíduo violento ou violentado e nas relações interpessoais conjugais, familiares e domésticas, para as questões estruturais da dominação patriarcal como as políticas de controle do corpo e sexualidade feminina e suas conexões com as diversas formas de opressão e exploração, como o racismo e o neoliberalismo.

Os estudos sobre assassinato de mulheres e direitos humanos da socióloga Eva Blay e da cientista da área da saúde Lilian Schraiber apresentam diálogo mais estreito com as propostas analíticas do conceito de feminicídio, especialmente no que diz respeito aos feminicídios íntimos dado que estes estudos detiveram suas atenções aos tipos de agressões relacionadas às relações conjugais, domésticas e familiares. Blay (2009) utilizou metodologias quantitativas e qualitativas para investigar os assassinatos de mulheres, além de debater a ausência geral de dados estatísticos sobre a condição da mulher na sociedade brasileira, uma das questões levantadas pela teoria *femicide*.

O mais claro sintoma da posição subalterna da mulher na sociedade brasileira se revela pela ausência de dados estatísticos sobre ela. Foi muito longa a luta junto ao IBGE para que se computasse a presença das mulheres no mercado de trabalho, o que só começou a acontecer no fim da década de 1980. Na área política, só depois de 1990, aproximadamente, os dados começaram a ser coletados, e até hoje são imperfeitos no segmento do poder municipal. A exceção a este ocultamento está na área da saúde onde são mais completos e detalhados. Na área da segurança pública, até hoje as informações não são apresentadas com separação por sexo das vítimas ou agressores (BLAY, 2009:25).

Os estudos de Lilian Schraiber discutem a diferença da violência na experiência feminina da violência. Neste trecho abaixo em parceria com Oliveira reflete:

Masculino e feminino são, pois, constructos sociais, o que se contrapõe à noção de essencialidade dos comportamentos sociais com base nas características sexuais: o homem sempre poderoso e agressor; a mulher sempre desprotegida e vítima... Cabe, no entanto, ressaltar que a nomeação de “vítima” permanece muito associada à mulher até por razões históricas,

fato relacionado às origens da tomada da violência contra mulheres como evento passível de intervenção na esfera pública. Iniciado como um problema público e uma questão de justiça... (SCHRAIBER E OLIVEIRIA, 1999:05).

Segundo as autoras, no campo jurídico todas as pessoas em conflito serão réus ou vítimas a serem julgados perante a lei, e que em momentos anteriores já se aceitou a legitimidade do assassinato e atos violentos contra mulheres embasados na "legítima defesa da honra" masculina. Já na esfera da Saúde, da Assistência Social ou outras formas de atuação, a tomada de qualquer sujeito na condição de "vítima" é significá-lo como sujeito de "menor potencialidade" diante de suas possibilidades de vir a ser sujeito plenamente potente, difundindo a ideia da mulher como um sujeito incapaz de ter pleno domínio de si, carente de "tutores" (SCHRAIBER E OLIVERIA, 1999: 14-15).

Segundo Debert e Gregori (2008), os movimentos sociais fizeram no âmbito jurídico grande aposta política visando à revisão jurídica e reestruturação das instituições do sistema de justiça criminal como forma de combate à violência, ativismo que foi denominado como "judicialização das relações sociais". Para as autoras, esta crescente atuação do direito na organização social não se limita apenas à política, mas também tem regulado a sociabilidade e as práticas sociais em esferas privadas (tradicionalmente locais das relações de gênero e domésticas). Para elas deve-se "entender as dinâmicas de negociação no âmbito da justiça, bem como seus limites para atender à complexidade que reveste as relações de violência, o que tem a ver com as dessimetrias de poder relativas a gênero e está implicado nas idiossincrasias que marcam os contextos contemporâneos" (DEBERT e GREGORI, 2008:166).

Atualmente no Brasil, na área da justiça criminal, conta-se com duas leis punitivas às violações contra mulheres, são elas a lei punitiva à violência doméstica e familiar, Lei Maria da Penha de 2006, e a Lei punitiva aos feminicídios de 2015. O Brasil é signatário de diversas convenções internacionais de direitos humanos das mulheres, além de contar com pacto de enfrentamento à violência. Embora contemos com estas leis, no âmbito da estatística nacional, ainda não há pesquisas sistemáticas sobre as violências específicas contra mulheres para compreender as condições de vida das mulheres.

Sobre o tema das pesquisas de vitimização, ocorreram debates propostos pela pesquisadora social Barbara Musumeci Soares (2006), em texto intitulado "A violência

doméstica e as pesquisas de vitimização". Segundo a autora, até aquele momento foram poucas as pesquisas de caráter estatísticos feitas no Brasil sobre a questão da violência, o que dificulta qualquer diagnóstico cientificamente embasado sobre esta questão. Concorde-se com a afirmação da autora ao dizer que "Não dispomos, portanto, até o presente momento, de uma pesquisa brasileira, que contenha informações consistentes sobre os padrões, a magnitude, as conexões e os impactos das violências a que estão submetidos, tanto homens quanto mulheres em diferentes contextos" (SOARES, 2006:2).

Em 1988, o IBGE realizou a primeira pesquisa com dados sobre vitimização, em âmbito nacional, a qual representou, durante muito tempo, a única referência disponível para os (as) estudiosos (as) da violência, ao lado dos dados de mortalidade do Sistema de Saúde. Além de visar os atos delituosos que teriam vitimado a população, essa pesquisa trouxe alguma luz sobre a violência interpessoal e permitiu, ainda, que se vislumbrassem certos aspectos da violência contra a mulher. Ela mostrou que 63% das vítimas de violência no espaço doméstico eram mulheres e em mais de 70% dos casos, o agressor era seu próprio marido ou companheiro. A veiculação desses dados foi fundamental, naquele momento, para revelar outra dimensão da violência e para desmistificar a imagem da família, como um nicho de paz e harmonia. Porém, a pesquisa tinha um caráter genérico e não se propunha a distinguir os tipos de agressão experimentados na intimidade, além de não dispor de instrumental próprio para isso (SOARES, 2006:1).

No suplemento de 2009, a pesquisa se refina realizando novo estudo intitulado Suplemento Vitimização e Acesso à Justiça, com dados mais detalhados sobre a relação entre vítima e agressor, informação importante para a análise da violência de gênero. No segundo capítulo da tese é dada maior atenção as especificidades desta pesquisa.

No âmbito das pesquisas estatísticas nacionais sobre a morbidade e mortalidade de mulheres, foi publicado estudo organizada por Elza Berquó e Estela Maria G. P. da Cunha "Morbimortalidade feminina no Brasil (1979-1995). Na publicação, diversos autores(as) debatem sobretudo metodologia demográfica das informações do sistema de informação de mortalidade (SIM) e Atas de Internação hospitalares (AIH), ambos documentos do Ministério da Saúde (MS).

As técnicas consistiram em avaliação da qualidade das informações, cobertura do serviço e elaboração de estudos sobre mortalidade proporcional e taxas para as

causas e perfis sociodemográficos e apresentação, analisados por estados selecionados (Bahia, Goiás, Pará, Rio Grande do Sul, São Paulo), Brasil e grandes regiões, além de análises sobre os diferenciais entre homens e mulheres. Um dos objetivos da publicação foi pesquisar o perfil da morbimortalidade feminina no país e nas unidades da federação selecionadas, com enfoque especial na saúde reprodutiva e a morte por homicídio foi abordada no conjunto das mortes por causa externas (BERQUO e CUNHA, 2000).

Em 2012, a publicação *Mapa da Violência* teve caderno complementar com dados sobre as mulheres. Foi a primeira vez que os estudos do mapa da violência consideraram o estudo exclusivo sobre vítimas mulheres, além de terem pela primeira vez utilizado o termo feminicídios para designar os homicídios de mulheres. O estudo utilizou como fonte básica para a análise dos homicídios no país o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), dados analisados de 2010, e também apresentou dados oriundos da notificação da Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências foram implantadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), dados analisados de 2011 (Waiselfisz, 2012).

Waiselfisz (2012) levantou para sua pesquisa dados sobre UF e municípios com mais de 26 mil mulheres, local de ocorrência, arma utilizada, idade e uma evolução dos óbitos femininos de 1980 a 2010. Apresentou as taxas de homicídio feminino (em 100 mil mulheres), em 84 países do mundo, o Brasil localizava-se na 7ª colocação, com taxa de 4,4, no mapa de 2012. O autor reconhece que, ao contrário do que ocorre para os homicídios genericamente, “os feminicídios geralmente acontecem na esfera doméstica. Em nosso caso, verificamos que em 68,8% dos atendimentos a mulheres vítimas de violência, a agressão aconteceu na residência da vítima”. (WAISELFISZ, 2012: 26).

O mapa da violência de 2015 trouxe também a situação racial dos homicídios contra as mulheres demonstrando que a maioria das vítimas era negra e jovem, acompanhando o perfil de vitimização masculina. Suas colocações foram preciosas para demonstrar o nível dos homicídios de mulheres, mas não desfez a especificidade de saber sobre feminicídios em relação a outras causas de mortes violentas. (Waiselfisz, 2015).

As informações provenientes do SINAN foram analisadas em maiores detalhes, considerando a relação entre idade e as tipologias de violências apresentadas nas fichas,

com atenção especial à violência física e sexual. O tipo de abordagem é de caráter descritivo e os tipos de relação entre os dados ficaram centrados na categoria idade (WAISELFISZ, 2015).

Já a publicação *Violencia feminicida en México. Características, tendencias y nuevas expresiones en las entidades federativas, 1985-2010*, de 2012, elaborada pela Comisión Especial para Conocer y dar Seguimiento Puntual y Exhaustivo a las Acciones que han Emprendido las Autoridades Competentes en Relación a Los Feminicidios Registrados en México¹⁷ teve como objetivo ampliar o olhar em torno do contexto da violência feminicida e analisar as tendências mexicanas através da produção de estatísticas oficiais.

No estudo considerou-se a violência contra as mulheres como fruto da invisibilidade, naturalidade e impunidade das agressões.

Actualmente, los sistemas de información de los que disponemos no están diseñados para brindarnos datos apropiados sobre los feminicidios que ocurren en el país. Contar con información veraz, oportuna y precisa acerca del número y características de las mujeres que son asesinadas por razones de género sigue constituyendo un reto para el Estado mexicano. Sin embargo, postulamos que es posible hacer un acercamiento al fenómeno a partir de las estadísticas del registro de defunciones, aunque éstas no permitan distinguir los denominados feminicidios del resto de muertes violentas de mujeres catalogadas como homicidios en los certificados de defunción; esta fuente prevé la identificación a través de la clasificación de muertes violentas. A partir de la información recopilada por quien certifica la defunción, esa persona consigna en dicho certificado si se trata de una muerte con presunción de homicidio. Corresponde a las procuradurías de justicia distinguir la muerte violenta y declarar la presunción del homicidio (sea éste doloso o culposo) y, en su caso, si se cuenta con la acepción legal del tipo penal de feminicidio, consignarlo como tal en la integración de las averiguaciones previas (ECHARRI, 2012: 21).

As taxas de homicídios de mulheres no México oscilam de 4 a 2 homicídios a cada 100 mil mulheres neste período de 1985 a 2010. São apresentadas informações adicionais oriundas da pesquisa ENDIHE e notificações de agressões da saúde. Mas o

¹⁷Na Comisión Especial para el Seguimiento de los Feminicidios (CESF)– de la LXI Legislatura, ONU Mujeres e el Instituto Nacional de las Mujeres para analizar el fenómeno del feminicidio en México.

dado representativo dos feminicídios são os homicídios de mulheres, assim como nos mapas da violência.

Considera-se que as áreas da segurança pública e da saúde são esferas potenciais para a produção de dados sobre a violência de gênero e contra mulheres. Uma interessante contribuição para compreender melhor os conceitos envolvidos na elaboração de cada tipo específico de documento/notificação das violências. Schraiber e Oliveira (1999) apontam:

Assim como a linguagem do crime não expressa adequadamente toda a complexidade da violência doméstica e sexual, tampouco a linguagem da doença consegue este efeito, guardando possibilidades, mas também riscos importantes. ...a área de saúde, assim como a polícia, tem dificuldade em trabalhar questões percebidas como culturais, ou sociais e até psicológicas (SCHRAIBER e OLIVEIRA,1999:19-21).

Ou seja, nem no campo jurídico tampouco na área da saúde, são essas as principais fontes de informações disponíveis para mensuração e monitoramento do fenômeno.

Rashida Manjoo, relatora da reunião de peritos sobre a violência contra a mulher sobre os assassinatos de mulheres baseados em gênero ao Conselho de Direitos Humanos - ONU, 2012, discute sobre a necessidade de ações de proteção à vida das mulheres e aumento dos assassinatos em escala global. O relatório foi uma referência para a criação do projeto de lei punitiva aos feminicídios no Brasil. Para Manjoo, assassinatos de mulheres baseados em gênero podem ser classificados de maneira direta, com autoria definida, ou indireta. O direto pode ser o resultado da violência de parceiro íntimo, relacionados a feitiçaria/bruxaria, relacionados a orientação sexual ou identidade de gênero, e relacionados à identidade étnica e indígena. Os indiretos são as mortes por abortos clandestinos ou conduzidos em situações precárias, mortalidade materna, mortes por práticas prejudiciais, mortes ligadas ao tráfico de pessoas, tráfico de drogas, crime organizado e gangues, atos deliberados ou omissão do Estado (MANJOO, 2012:5).

Sobre a necessidade de dados sobre os assassinatos de mulheres baseados em gênero aponta, “11- In conclusion, the presentation underlined that the very different contexts of femicide, set against the multiple forms of discrimination and violence

against women, required multisectoral responses. The ensuing discussion touched on the challenges of how to determine when the killing of women is gender-motivated. The importance of accurate statistics and analysis and the need to address the dichotomy of State accountability and individual responsibility were emphasized in that respect. One participant underscored the value of femicide as a gender-specific crime and the current absence of gender-sensitive data collection” (MANJOO, 2012: 5).

Diante do quadro exposto, considera-se que existe um esforço em definir quais parâmetros são centrais no conceito de feminicídios dentro da crítica feminista, no âmbito jurídico notamos uma transnacionalização da figura penal do feminicídio como crime na ALC, e histórico de trabalhos que buscam definir maneiras de medi-los como fenômeno social. É possível encontrar grafias diferentes do termo (femicídio e feminicídio), concorda-se que em países de língua castelhana e portuguesa a forma feminicídios elimina a associação direta a versão feminina do homicídio, o que seria um reducionismo e tiraria a potência da categoria que é exatamente questionar a aparente neutralidade dos termos jurídicos, como o homicídio. Por isso opta-se na tese pela grafia feminicídios, como também para adequar ao corrente uso do termo no Brasil.

É possível perceber que para lograr demonstrar algum índice os autores recorreram a diferentes fontes de informação, sejam elas oficiais, sejam elas notificações dos movimentos sociais e mídias, para estimar a dimensão do fenômeno.

Considera-se que os feminicídios são mortes específicas de mulheres. É destacada a autoria das mortes é masculina no caso direto e do Estado, através de suas instituições e de grupos organizados, no caso indireto. Objetivamente podemos notar pelo exposto na bibliografia analisada que o caso indireto tem a ver com mortes ligadas às políticas sexuais de controle do corpo feminino e reprodução (procriação), violência sexual sistemática no caso das guerras e conflitos, e omissão perante aos casos diretos. O caso direto é composto de mortes causadas pela violência, como o suicídio, homicídio e causas externas indefinidas, não correspondem ao total destas mortes, mas representam grande parte delas.

As tipologias de Carcedo e Sagot, íntimo, não íntimo e por conexão, são muito interessantes para avaliar a diversidade das ocorrências dos feminicídios, porém não acomodam adequadamente as violências institucionais, desta forma, mescla-las às formas correntes de exploração do trabalho feminino sugeridas pelo feminismo materialista, será de grande serventia especialmente as que constituem a amalgama conjugal que representa a exploração específica da mulher dentro do sistema patriarcal de exploração, são elas as domésticas, sexuais, reprodutivas e emocionais (TABET, 2005). Além da experiência dos casos diretos e indiretos de Manjoo (2012). Assim considera-se um feminicídio quando ele atenda a uma das seguintes condições:

Feminicídio indireto: mortes reprodutivas; violência sexual sistemática; mortes decorrentes das estratégias dos exércitos e grupos organizados para atemorizar e torturar população civil de mulheres em guerras e conflitos; mortes por feminicídio direto toleradas pelo Estado.

Feminicídio direto: mortes por agressão física, mortes envolvendo violência sexual, mortes envolvendo violência conjugal, doméstica ou familiar, mortes que envolvam tortura psicológica ou violência que incida na degradação do corpo físico da mulher.

Em base a estes entendimentos e estudos analisado propõe-se, dentro das diversas limitações dos dados e das análises, como apontado nos estudos, que se restrinja o conceito dos feminicídios para o estudo empírico observando ao menos os tipos passíveis de alguma aproximação. Sugere-se que sejam investigados dentro de uma nova tipologia da seguinte forma:

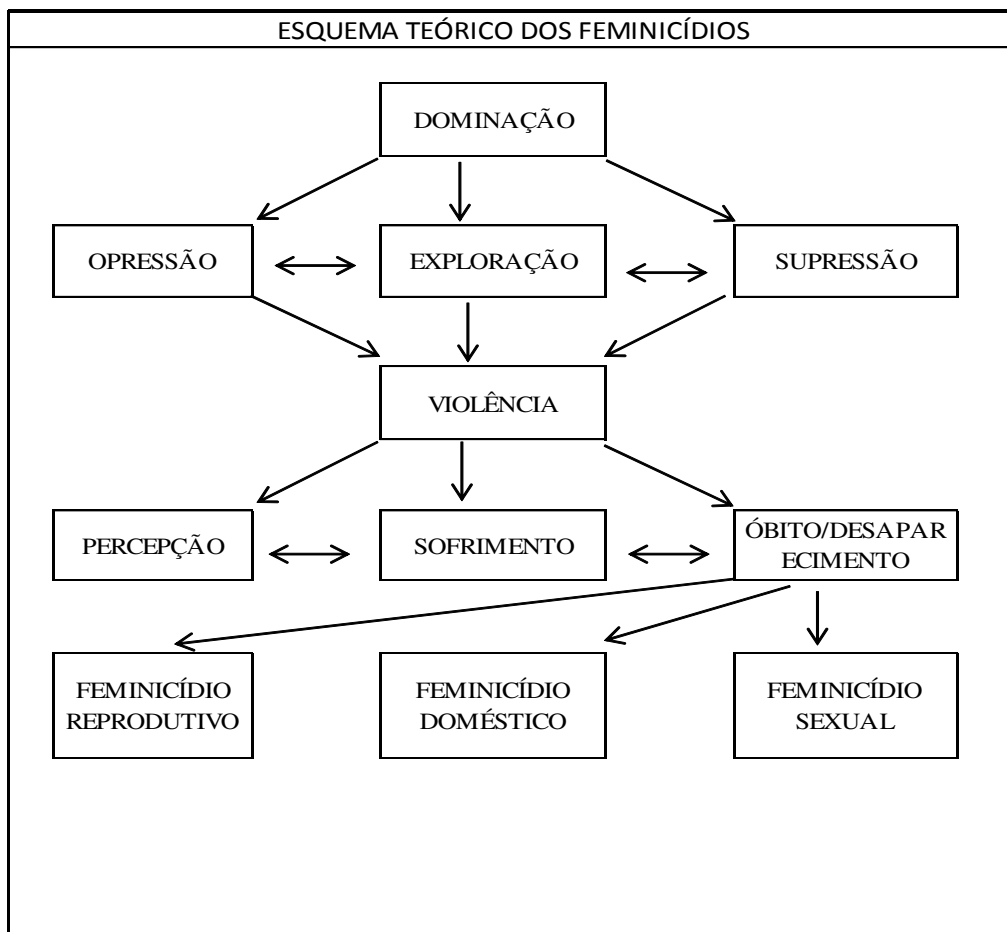
- **Feminicídio reprodutivo**, vinculado às políticas de controle do corpo e da sexualidade da mulher, cuja expressão mínima são as morte por aborto registradas nos sistema de saúde;
- **Feminicídio doméstico**, violência letal por agressão física contra a mulher no contexto domiciliar, conjugal ou familiar registrados no sistema de saúde;
- **Feminicídio sexual**, violência letal por agressão física contra a mulher por meio sexual.

Nos capítulos subsequentes são demonstrados os porquês e como fazer esta operação, considerando muito mais determinar as manifestações mínimas do fenômeno

que sua expressão numérica absoluta, tarefa impossível no momento de fazer com dados secundários como os utilizados na tese.

O conceito de feminicídio também expõe as opressões e explorações correlacionadas à opressão patriarcal se considerar a transversalidade e interação das opressões por raça, etnia e classe social, e outras formas de opressão e violência.

Figura 1.



Fonte: Romio, 2017.

CAPÍTULO 2

Materiais e métodos: revisão de estudos anteriores e os rumos desta pesquisa

2.1 Os feminicídios podem ser evidenciados em dados e análises estatístico-demográficas?

São enormes os desafios para o estabelecimento do conceito feminicídio e as dificuldades crescem em complexidade diante a necessidade de sua operacionalização como categoria para análises empíricas/estatísticas, este trabalho que requer simplificar sua identificação já que ainda não contamos com informações completas e diretas sobre as ocorrências. Deve-se abandonar em primeiro momento a pretensão de conseguir transcrever numericamente sua manifestação ampla na sociedade, optando por capturar um volume pequeno das ocorrências frente a sua dimensão real, centralizando as análises na observação das tendências gerais, relacionando e reinterpretando informações de fontes secundárias, gerando indicadores mínimos, pautando a elaboração das estatísticas nos *insights* já oferecidos pelas teorias dos feminicídios, como as evidências da relação entre as opressões de gênero e as violências sexuais, domésticas e reprodutivas.

A violência e a criminalidade são interpretadas nos estudos sociais e nas políticas públicas através das suas ocorrências mais agudas como os homicídios, suicídios e roubos seguidos de morte, fenômenos que contam com melhor registro nos sistemas de segurança pública e saúde, assim como abordado por Manetta (2013). Para o pesquisador,

a análise mais detalhada da violência, de sua amplitude e de sua distribuição espacial, encontra limites nas bases de dados disponíveis, que dizem respeito, sobretudo, às fatalidades. Os dados disponíveis fornecem um indicativo do alcance da violência letal, consolidando-se como indicador útil na análise da violência (MANETTA, 2013: 83).

Alguns estudos pautam-se também em outras mortes por causas externas como os acidentes de trânsito, as mortes por quedas e por suicídios, uma concepção ligada à

área da saúde e epidemiologia apoiada pela Organização Mundial de Saúde e na Classificação Internacional de Doenças (CID), que consideram as mortes por causas externas como o grupo de mortes violentas. Os Mapas da Violência também são exemplos de estudos que optam por apresentar dados sobre homicídios para avaliar a incidência da violência no território brasileiro, sua base de dados são as informações oriundas dos óbitos por agressão física registrados nas declarações de óbito (DO).

O mesmo ocorre com o feminicídio, tipo de violência de gênero que costuma ser analisada com informações dos homicídios de mulheres. O que leva a dois questionamentos principais, também problematizados na tese:

- a) O primeiro diz respeito ao fato de que nem todos os homicídios de mulheres serem feminicídios, e o único caso em que a Declaração de Óbito capta explicitamente um feminicídio dentro da concepção completa do fenômeno são os homicídios decorrentes de agressão sexual, pois existe a variável “meio da agressão - sexual”;
- b) O segundo ao fato dos feminicídios englobarem outras tipologias de morte, como as mortes maternas, ligadas a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, e outros tipos de mortes por causas externas como o suicídio, acidentes ou mesmo óbitos mal definidos, como causas indiretas, conectadas ou mal classificadas.

Desta forma, devem-se capturar as mínimas expressões das quais já é possível se afirmar, de acordo com a literatura sobre o tema, que aquela morte foi explicitamente um feminicídio direto, da violência interpessoal como os casos das agressões físicas por meio sexual e domiciliar; ou indireto, da violência institucional como o caso das mortes maternas por aborto devido às leis proibicionistas. Por outro lado, analisar as outras mortes relacionadas para ao menos lograr a possibilidade de reinterpretar determinados óbitos que devem ser considerados como feminicídios pelo conjunto de elementos que apresentam, como o caso das tendências gerais das mortes maternas e por causas externas.

Entende-se que o feminicídio deve ser diferenciado dentre as diversas formas e dimensões que envolvem os homicídios em geral, por um lado, reconhecendo que os feminicídios são parte importante dos óbitos de mulheres por esta causa, dialogando com as definições jurídicas já adotadas nacional e internacionalmente. As definições dentro do direito penal acomodam o feminicídio como homicídio qualificado contra

mulheres cometido por homens e que evidencie em seu contexto situações ligadas a condição da mulher nas sociedades patriarcais. O exemplo mais utilizado são os crimes de honra, conjugais, domésticos e familiares, também classificados como “feminicídio íntimo” ou “direto”. O estudo da mortalidade por feminicídio dentro do quadro da mortalidade geral visa demonstrar o valor das análises engendradas para o estudo da violência, já que amplia as suas possibilidades de interpretação e conseqüentemente as possibilidades de intervenção ao considerar a diversidade de fatores explicativos da morte por violência para as mulheres, avaliar as principais tendências por gênero e demonstrar o impacto da desigualdade de gênero na morte geral por violência na contemporaneidade.

Por isso, o objetivo desta discussão é incluir as mulheres no quadro explicativo da violência que geralmente focaliza seus esforços nas tendências masculinas justificada pelos altos índices de mortes por homicídios na população masculina. Importante ressaltar que o trabalho desta tese não se contrapõe aos estudos da mortalidade masculina por violência, mas sim busca considerar esta causa de morte como um desafio a ser superado também para as mulheres e não somente o objetivo de estabelecer médias ou o foco na maior incidência voltando o olhar para as singularidades e tendências, e aplicando denominadores endógenos a cada grupo populacional estudado.

É comumente apresentada a afirmativa de que mulheres morrem menos que homens por violências, cerca de 10% do total de óbitos por agressão física, este argumento gera invisibilidade das mortes femininas por violência. Segundo Treviranus (2014), a necessidade de tomar decisões políticas em base nas evidências estatísticas tem aumentado, especialmente pela disposição de crescente número de "ferramentas analíticas". Esta relação entre direcionamento de políticas públicas com evidências estatísticas acaba por impedir a visibilidade dos problemas dos indivíduos fora da curva (outliers), que representam valores pequenos ou discrepantes sob o corpo da curva de normal, visto que os métodos de pesquisa tradicionais ou estabelecidos têm sempre privilegiado a média ou a maioria. O efeito produzido é frequentemente a eliminação ou a análise como "ruídos" de grupos pequenos, e com importantes especificidades, em meio a um grande conjunto de dados (TREVIRANUS, 2014)

Segundo Treviranus (2014), esta abordagem que privilegia a média gera uma hierarquia implícita nas evidências científicas. No caso, a pesquisadora se referia aos

estudos das pessoas com deficiência e políticas de educação, mas podemos aplicar seus questionamentos aos estudos gerais da violência e crime contra as mulheres, que esbarram na mesma problemática estatística do que é insignificante estatisticamente. O mesmo podemos dizer sobre o estudo da população indígena brasileira (TREVIRANUS, 2014)

The yardstick of research findings is statistical power, since it justifies our measures of probability. When measuring impact to support high-stakes decisions, we want a large degree of certainty. At the other end of the scale are fuzziness, variability, instability, and unpredictability—all hallmarks of the margins and the outliers. The outliers are deemed insignificant (p. 46) [...] The margins, the locus of innovation, are not to be dismissed (TREVIRANUS, 2014: 46-47).

Nesta tese procuram-se formas de reinterpretar volumes que *a priori* pareçam insignificantes, optando por olhar as especificidades. Buscam-se maneiras alternativas de compreender os fenômenos e de produzir estatísticas como o uso de denominadores intragrupais, comparações de mortalidade proporcional, e busca por tendências.

Neste capítulo são apresentadas reflexões sobre a escolha das bases de informação em relação às questões levantadas pelos estudos sobre feminicídios e outras pesquisas sobre violência contra a mulher, buscando explorar a maneira de interpretar feminicídios em dados de saúde, que são fontes de informação consagradas no estudo da mortalidade, escolha problematizada a frente.

2.2 Fontes de informação sobre vitimização de mulheres por violência

No âmbito das estatísticas nacionais sobre vitimização, ainda não existem pesquisas sistemáticas sobre as violências específicas contra mulheres. Já houve no passado pesquisa nacional sobre vitimização e acesso à justiça, realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, por meio de um suplemento especial das pesquisas de amostra de domicílios (PNAD).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios teve início no segundo trimestre de 1967, sendo os seus resultados apresentados com periodicidade trimestral até o primeiro trimestre de 1970. A partir de 1971, os levantamentos passaram a ser

anuais, com realização no último trimestre. Como a pesquisa tem propósitos múltiplos, investiga diversas características socioeconômicas, umas de caráter permanente nas pesquisas, como as características gerais da população, educação, família, trabalho, rendimento e habitação, e outras com periodicidade variável, como as características sobre migração, fecundidade, nupcialidade, saúde, nutrição e outros temas que são incluídos no sistema de acordo com as necessidades de informação para o país.

Sobre os aspectos da cobertura nacional da pesquisa, como aponta Oliveira *et al.* (2005), a abrangência geográfica da investigação da PNAD foi se ampliando gradualmente, tendo como maior desafio atingir a cobertura na região Norte, objetivo que foi atingido a partir da PNAD de 2004, quando passou a possuir representatividade em todo o território nacional. Muitas questões sobre as dinâmicas populacionais foram primeiro apontadas em pesquisas da PNAD, como o acelerado declínio da fecundidade no Brasil, na pesquisa de 1976, que teve seu diagnóstico confirmado no censo de 1980. Seus suplementos e informações demográficas possibilitam vários estudos entre eles o da violência. (OLIVEIRA *et al.* , 2005).

Os suplementos dedicados à questão da vitimização por violência apresentam um intervalo de 21 anos entre a primeira e a segunda edição: 1988-2009, e não foram dedicadas exclusivamente e não tiveram como objetivo avaliar a incidência da violência contra as mulheres ou de gênero.

No Suplemento de 1988, intitulado “Participação Político-Social”, e o suplemento de 2009, “vitimização e acesso à justiça”, nas duas edições é possível traçar o perfil socioeconômico das vítimas de agressão física e outros tipos de violências como o roubo e o furto, além de possuírem questões relativas ao acesso à justiça, outro tópico de interesse para os estudos da violência.

A diferença substancial entre as duas pesquisas para o estudo específico da violência de gênero foi a inclusão no quesito sobre relação com o autor da agressão física. Na pesquisa de 2009 tanto a pergunta sobre agressão física quanto a relação específica entre a vítima e agressor figurando o conjugue como possibilidade podem ser aproveitadas para a investigação sobre violência contra mulheres.

Abaixo na figura 2, o quadro comparativo entre as perguntas sobre agressão física nas pesquisas suplementos PNAD de 1988 e 2009, para que se entenda como foi a

reestruturação das perguntas sobre agressão física.

Figura 2.

Quadro comparativo entre as perguntas sobre agressão física dos suplementos da PNAD 1988 e 2009	
SUPLEMENTO 1988 "Participação Político-Social"	SUPLEMENTO PNAD 2009 "Vitimização e acesso à justiça"
<p>Para que foi perguntada? Para todos os moradores do domicílio No período de outubro de 87 a setembro de 88 foi vítima de agressão física? (Caso sim registre o número de vezes com dois algarismos, caso não registre 00)</p> <p>Quem foi o agressor na última ocorrência? 1- parente 2- Pessoa conhecida 3- Policial 4- Segurança Privada 5- Pessoa desconhecida 6- Não sabe</p> <p>Onde ocorreu a última agressão? 1- Residência 2- Prédio Comercial 3- Via Pública 4- Escola 5- Meios de transporte coletivo 6- Ginásios ou Estádios Esportivos 7- outro</p> <p>Recorreu a polícia no último incidente? (Sim ou não)</p> <p>Registrou queixa do último incidente? (sim ou não)</p> <p>Por que não recorreu à polícia 1- Falta de prova 2- Não era importante 3- Não acreditou na polícia 4- Não queria envolver a polícia 5- Medo de represália 6- Recorreu a terceiros 7- Resolveu sozinho(a) 8- Outro</p>	<p>Para que foi perguntada? Para pessoa de 10 anos ou mais de idade No período de 27 de setembro de 2008 a 26 de setembro de 2009 foi vítima de agressão física? (sim, quantas? E não)</p> <p>Quem foi o agressor na última vez? 1 Pessoa desconhecida 2 Policial 3 Segurança privada 4 Cônjuge/ex-cônjuge 5 Parente 6 Pessoa conhecida</p> <p>Onde ocorreu a última agressão? 1 Própria residência 2 Residência de terceiros 3 Estabelecimento comercial 4 Via pública 5 Estabelecimento de ensino 6 Transporte coletivo 7 Ginásio ou estádio esportivo 8 Outro (especifique)</p> <p>Procurou a polícia (civil, militar, federal ou guarda municipal) na última agressão? (Sim, não) Qual o principal motivo pelo qual não procurou a polícia na última agressão? 1 Falta de provas 2 Não era importante 3 Não acreditava na polícia 4 Não queria envolver a polícia 5 Medo de represália 6 Recorreu a terceiros 7 Resolveu sozinho(a) 8 Outro (especifique)</p> <p>Foi feito o registro da última agressão na delegacia (incluir Delegacia Virtual) de polícia? (Sim, não) Qual o principal motivo pelo qual não foi feito o registro da última agressão na polícia? 1- Falta de provas 2- Não era importante 3- Não acreditava na polícia/desistiu 4- Não queria envolver a polícia 5- Medo de represália 6- A polícia não quis fazer o registro 7- O registro foi feito em outro órgão 8- Recorreu a terceiros 9- Resolveu sozinho(a) 10- Outro (especifique)</p>

Fonte: Instrumento de Coleta. PNAD- IBGE, Brasil: 1988 e 2009. Formulação própria

No decorrer dos anos de estudos para a elaboração da metodologia da tese ora apresentada, foram avaliadas algumas possibilidades de análise por meio das complexas informações das PNADs. Buscou-se entender suas possibilidades para os estudos da

violência contra a mulher e feminicídios e, na primeira oportunidade, foi comparada a incidência de agressão física contra mulheres registradas na PNAD brasileira aos registros feitos pela Encuesta Nacional sobre La dinámica de las Relaciones em lós hogares - ENDIREH do Instituto Nacional de Geografía y Estadística do México (Romio e Lopez, 2012). Na segunda oportunidade foi traçado perfil de vitimização por grupo de idade com destaque as mulheres idosas com informações das PNAD (Romio e Gonzalez, 2013), e também foi feito estudo específico sobre diferenciais de raça na vitimização de mulheres brancas e negras por agressão física com os mesmos dados (Romio, 2013).

Sobre a comparação entre a PNAD 2009 e a ENDIREH 2006, com ênfase aos aspectos metodológicos entre uma pesquisa que se dedica a captar informações de violência contra mulheres e outra para a violência geral,

“La principal limitación que se presentó con respecto a la ENDIREH radicó en el hecho de que la PNAD no fue diseñada para identificar específicamente la experiencia femenina sobre la violencia, a diferencia de la ENDIREH, que tiene por objetivo conocer las experiencias y los tipos de violencia que vivieron las mujeres mexicanas en el año 2006. Además, las preguntas de la PNAD solamente toman en cuenta la agresión física (que es una de las expresiones de la violencia contra las mujeres) y no cuenta con periodicidad temporal, lo cual sería importante para el acompañamiento del fenómeno en el tiempo”. (Romio e Lopez, 2012: 6)

De fato, a pesquisa brasileira é tímida perante o leque de violências investigadas na ENDIREH. Enquanto a PNAD oferecia apenas uma pergunta sobre “agressão física” no questionário da entrevista, a ENDIREH contava com 10 perguntas que se referiam a agressão física vividas por mulheres casadas ou unidas, 11 perguntas para divorciadas, separadas ou viúvas e 6 perguntas para as mulheres solteiras. As perguntas da ENDIREH são mais descritivas e explicativas sobre o que se entende por agressão física. Por exemplo, para mulheres casadas foi perguntado se “sofreu agressão física”, “se foi golpeada fisicamente”, “se teve os cabelos puxados”, “se foi amarrada”, “se golpeada com as mãos ou outro objeto”, “se foi asfixiada ou enforcada”, “se foi agredida com faca ou navalha”, “se foi agredida por arma de fogo”, etc. (Romio e Lopez, 2012:8).

Endente-se que ao descrever e oferecer possibilidades de atos interpretados dentro da expressão genérica “agressão física” amplia-se o entendimento da entrevistada sobre as agressões às quais elas foram expostas, já que as entrevistas dependem da declaração, ou seja, da percepção, para capturar a informação investigada. A metodologia utilizada pela ENDIREH para obter a resposta sobre um assunto estigmatizado como é a violência e a posição de vítima, resultou em maior captação de declarações afirmativas sobre experiências de agressão física, como foi averiguado na comparação com a PNAD. Entre as mulheres entrevistadas pela ENDIREH em 2006 4,7% responderam que haviam sido vítimas de alguma das agressões físicas descritas no questionário, e na PNAD em 2009 apenas 1,3% delas. Outro fator que deve também ter influência na captura de declarações pode ter sido as diretrizes da coleta da informação que optou por entrevistadoras mulheres, o que é um cuidado com as relações de gênero ao prever que com uma entrevistadora mulher houvesse maior liberdade em declarar violências sofridas (ROMIO e LOPEZ, 2012).

Assim uma ressalva que deve ser feita nos estudos sobre vitimização diz respeito às estratégias para capturar respostas sobre experiências de violência, pois ela depende da percepção que a vítima tem do que seja uma agressão e da segurança e confiança que o momento da entrevista proporciona para a entrevistada poder identificar e declarar que determinadas experiências que passou foram violências. Como aponta Saffioti (1999) “a sociedade e o Estado, por meio de suas políticas públicas acabam, muitas vezes, considerando normal e natural a violência exercida por homens contra mulheres e crianças”, e essa situação pode gerar dúvidas sobre a identificação das agressões de mulheres pelas próprias vítimas, nuances de subjetividade na construção da percepção do ato violento que não levou a morte (SAFFIOTI, 1999: 3).

Romio e Gonzalez (2013) avaliaram o diferencial por grupo de idade na vitimização por agressão física segundo os dados da PNAD 2009, para tanto foram focalizados três grupos de idade: o grupo de idade jovem (10 a 34 anos), adulta (35 a 59 anos) e idosa (60 anos e mais). Os dados agrupados desta maneira revelaram que o maior percentual de vitimização por agressão física está nas idades mais jovens, 1,7% de mulheres nesta faixa de idade declararam serem vítimas, as mulheres adultas obtiveram percentual de 1,1%, e o percentual de mulheres com mais de 60 anos que declarou ter sido vítima de agressão física foi de apenas 0,4%, bem inferior à média nacional de mulheres que foi de 1,3%. Esta presença menor entre as declarantes pode ter

diversas explicações relacionadas a própria distribuição etária das mulheres nesta faixa, menor disposição desta geração a declarar serem vítimas de violência, viés da sobrevivência, que pode ser maior entre aquelas com menor prevalência de experiências de violência, entre outras (ROMIO e GONZALEZ, 2013: 5).

Embora o percentual de vitimização de mulheres idosas por agressão física seja pequeno foram detectados diferenciais no seu perfil de vitimização em relação às jovens e adultas. Um cruzamento de dados que reforça a necessidade de se avaliar as questões referentes à relação entre fases do ciclo de vida e violência foi entre o grupo de idade da vítima e o estado civil. Supostamente, a maior prevalência de violência contra a mulher seria entre aquelas que estão ou estiveram em relação afeto-sexual (casadas ou separadas), todavia o perfil demonstrado na pesquisa PNAD indica que a maior incidência foi entre mulheres solteiras na média nacional. O artigo demonstra que no cruzamento com estado civil esta concentração se desfaz, e no caso das idosas a concentração se inverte e nota-se que apenas 18% das idosas agredidas eram solteiras, corroborando a baixa prevalência de mulheres idosas solteiras. Ou seja, há um padrão diferenciado nos casos identificados por estado civil de acordo com o grupo de idade da mulher, o que requer esforços para entender o perfil das mulheres idosas em relação às mulheres mais jovens e adultas (ROMIO e GONZALEZ, 2013).

Sobre a vitimização por raça/cor, Romio (2013) trata em capítulo do livro do Ipea, “Dossiê Mulheres Negras”, da violência contra a mulher segundo raça/cor por meio das mesmas informações do Suplemento “Vitimização e acesso à justiça”, PNAD - 2009. A autora questiona que compreender uma experiência social como violenta requer diversos investimentos devido à enorme naturalização da violência patriarcal. Esse desafio se multiplica para as mulheres negras, pois a situação amplifica os riscos de vitimização por agressão física, originários da estrutura patriarcal e do racismo no Brasil. A autora aponta diferenças raciais tanto para a agressão física sofrida por mulheres quanto para homens (ROMIO, 2013).

Romio (2013) observa que há pequena proporção de mulheres e homens que declararam terem sofrido agressão física, apenas 1,8% dos homens e 1,3% das mulheres e também da própria coleta de informações que tem suas limitações. Isto ocorre devido à experiência de agressão ser individualizada, carregada de culpas que colocam a vítima como própria responsável pela agressão que sofreu, afetando negativamente a

identidade da pessoa agredida. Estas questões estão perpassadas por “outros elementos que merecem ser destacados, como o medo de denunciar, as ameaças, a preocupação com a família, o atendimento recebido pelo Estado e a pouca confiança nas instituições públicas, entre outras questões” (ROMIO, 2013).

Foi localizado diferencial racial na vitimização por agressão física tanto para homens quanto para mulheres. Enquanto a média nacional para homens era de 1,8% dos entrevistados maiores de 10 anos, o de homens negros foi de 2,1% e para os brancos de 1,5%. No caso das mulheres, enquanto a média nacional era de 1,3%, a de mulheres negras era de 1,4%, e das mulheres brancas 1,1%. Tais diferenças acompanham outros índices de violência como o homicídio que se concentram mais na população negra como já averiguado por movimentos sociais e estudos sobre violência letal. A autora ressalta a necessidade de estatísticas com variáveis sociodemográficas mais complexas, além das que utilizou, como sexo, raça/cor, grupos de idade, regiões e estado civil, variáveis que já existem no questionário da pesquisa (ROMIO, 2013).

As agressões físicas são apenas uma das formas de manifestação da violência, os registros da PNAD são plausíveis para fazer comparação entre agressões físicas registradas por ela e as agressões físicas que levaram ao óbito registrado nas Declarações de Óbito (DO), ou mesmo as agressões físicas, letais ou não, registradas em registros policiais quando disponíveis, especialmente em relação às tendências, não aos volumes, já que são registros desenvolvidos para finalidades diferentes. A possibilidade de análise sobre a autoria da agressão, incluindo aspectos da conjugalidade, é excelente para os estudos de gênero, assim como aspectos relacionados ao acesso à justiça.

Em suma, as pesquisas de vitimização, como o Suplemento PNAD 2009, são pesquisas de percepção, elas consistem em um conjunto de perguntas dirigidas às pessoas entrevistadas sobre suas experiências de violência, provendo informações importantes, que podem ajudar a entender o processo pelo qual o feminicídio, objeto desta tese, é uma das expressões mais contundentes.

2.3 Fontes de informações em bases criminais

As informações derivadas de documentos oficiais relativos aos registros policiais e jurídicos são vastamente estudadas no campo da criminologia e vitimologia por serem registros que documentam os atos desviantes segundo normas da lei penal de cada país.

A matéria prima destas estatísticas geralmente são as informações dos Boletins de Ocorrências (BO) policiais, documento da polícia civil e militar que notifica casos de violência em que foi intercedido pela gestão policial, contendo informações referentes a uma pré-tipificação policial do fato, informações sobre as partes envolvidas e marca/sinaliza encaminhamentos para o caso.

Segundo Karmen (2004), as estatísticas criminais são importantes por diversas razões “in order to calculate the odds individuals face of being harmed, to estimate their personal financial losses and collective societal costs, and anticipate how many people might need help. Statistics are also required to evaluate the effectiveness of recovery efforts and prevention strategies. Statistics provide a reality check to help ground theories that purport to explain why some groups experience higher rates of predation than others.” Estas estatísticas são geralmente utilizadas por diversos setores sociais, oficiais e políticos para planejamento, diagnóstico e avaliação de políticas públicas em segurança pública e análises da criminalidade e violência no geral (KARMEN, 2004:43).

Uma importância da estatística criminal apontada por Karmen diz respeito ao potencial de substituir expressões e afirmações vagas como “muito” e “pouco” por maior precisão numérica. Segundo o pesquisador para criminologistas e vitimologistas é possível adquirir informações de coleções próprios ou por meio de exame minucioso das estatísticas oficiais das agências governamentais, tarefa que requer ceticismo científico do estudioso para lidar com as potencialidades e limitações que cada documento traz, além do mais o pesquisador problematiza que “statistics never speak for themselves. Numbers must always be placed within some context or put into perspective” (KARMEN, 2004:45).

Pasinato (2003) aponta que as primeiras pesquisas nacionais sobre violência contra mulheres datam da década de 1970 e foram elas que respaldaram a criação das Delegacias de Defesa da Mulher (DDM) criadas em 1985, hoje denominadas Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher (DEAM). Sendo a primeira pesquisa a utilizar dados dos Boletins de Ocorrência para a análise de conflitos conjugais a pesquisadora Maria Amélia Azevedo, em 1985, que analisou informações do município de São Paulo (PASINATO, 2003: 100). Outro documento apontado pela pesquisadora são os processos criminais levantados por Mariza Corrêa, em 1983, que analisou os processos

penais de homicídios de mulheres praticados por homens no contexto conjugal, focalizando na análise do discurso sexista promulgado pelo sistema de justiça. A pesquisadora constata em seu levantamento que a partir da década de 1980 os estudos sobre violência contra a mulher passam a utilizar principalmente os registros policiais, especialmente os das DEAMs (PASINATO, 2003:101).

Segundo a Norma técnica de padronização das delegacias especializadas de atendimento às mulheres (2010), as DEAMs são equipamentos vinculados às secretarias estaduais de Segurança Pública e “compõem a estrutura da Polícia Civil, órgão que apura as infrações penais desempenhando a primeira fase da repressão estatal... de caráter preliminar à persecução processual penal, oferecendo suporte às ações de força ordenadas pela autoridade judiciária” (BRASIL, 2010: 28).

Segundo a Norma técnica (2010) as DEAMs investigam os seguintes crimes:

Todo ato de violência cometido contra a mulher, conforme definido no artigo 7º da Lei 11.340/2006, que configure crime ou contravenção penal deve, prioritariamente e respeitando-se as áreas circunscritas de atuação, ser de atribuição de investigação e apuração das DEAMs. Dentre esses destacam-se os crimes contra a vida, contra a liberdade pessoal, contra a liberdade sexual, contra a honra e aqueles tipificados no capítulo intitulado “das lesões corporais”, todos constantes do Código Penal brasileiro, assim como o crime de tortura (Lei nº 9.455/1997). Importante sempre ressaltar que, embora a Lei Maria da Penha trate dos crimes relacionados à violência doméstica e familiar, a atribuição investigativa da DEAM não se limita a esses crimes.

Estudos que utilizem diretamente os dados dos Boletins de Ocorrência gerados pelas DEAMs são de enorme valor para os estudos dos feminicídios, já que os casos de morte notificados por elas já se enquadram ao perfil da violência sexual ou doméstica. Desta forma os BOs de homicídio das DEAMs fornecem um indicador de feminicídio direto de tipo doméstico e sexual.

O BO, independentemente do tipo de delegacia registrado, é um documento da Segurança Pública, utilizado pela Polícia Civil para o registro da notícia do crime, isto é, para transcrever a comunicação oral do notificante processual na unidade policial – Distrito Policial (DP) – e registrar as providências preliminares adotadas. O BO é o primeiro documento oficial a registrar o fato e será peça fundamental para o

prosseguimento ou não de inquérito policial.¹⁸ É um documento que sintetiza os fatos, personagens e circunstâncias do evento, por isso de grande valor para o estudo da violência.

Com essa fonte de informação, Romio (2009) conduziu pesquisa, construindo banco de dados em Excel e análises descritivas em SPSS com informações referentes ao município de São Paulo. As categorias analisadas foram construídas de informações sobre a relação entre vítima e agressor, existência de violência sexual, gravidez, local e motivação do crime. Foi localizado um total de 205 vítimas de homicídio doloso simples ou qualificado. Em contraste com os dados de mortes por agressão física no mesmo ano registradas nos sistemas de informação de mortalidade da saúde (SIM/SUS) foram contabilizados 225 óbitos femininos por esta causa. A diferença de 20 óbitos no município de São Paulo, cerca de 10%, revela a relação estreita entre registro da saúde e da segurança pública brasileira para o caso dos homicídios femininos, e revela a menor cobertura do BO em contabilizar as mortes em relação ao registro da saúde (ROMIO, 2009). Deste trabalho foram coletadas experiências que deram suporte a esta tese, especialmente relativas às escolhas pelas bases da saúde.

As mesmas informações de morte de mulheres por homicídio em 2005 foi revisitada pela pesquisadora Romio (2014) com o objetivo de saber quantos daqueles homicídios deixariam de ser classificados como dolosos simples para assumir a categoria de qualificados, caso já estivesse em vigor a tipologia penal dos feminicídios como agravante do homicídio doloso simples. Na época tramitava no Congresso Nacional do Brasil o projeto de lei punitiva aos feminicídios que veio a ser aprovado em 2015, como abordado no primeiro capítulo (ROMIO, 2014).

O ponto de partida da análise proposta pela pesquisa foi a classificação da “Natureza da ocorrência” que consta nos BOs, em que um homicídio era categorizado como “doloso” ou “qualificado”. Em vistas a aplicar a proposta de casos de homicídio caracterizados como feminicídio passarem a ser considerados como agravante do homicídio no Código Penal elevando um caso de homicídio doloso simples a doloso qualificado, impactando no aumento da pena de reclusão que seria de 12 a 30 anos. Os elementos que deveriam ser priorizados para esta tipificação seriam: **circunstâncias de violência doméstica ou familiar, violência sexual, mutilação ou desfiguração da**

¹⁸ No caso dos homicídios, o registro é compulsório.

vítima, aspectos ligados ao menosprezo a condição das mulheres, deveriam ser considerados como um homicídio qualificado (ROMIO, 2014).

Os 205 óbitos registrados nos BOs de 2005 apresentavam a seguinte distribuição segundo natureza do crime:

- **Homicídio Doloso:** 165 casos, representando 80,5% do total de homicídios;
- **Homicídio Doloso Qualificado:** 40 casos, representando 19,5% do total de homicídios.

A pesquisadora considerou dois critérios para reclassificar os óbitos dos BOs: a relação com o agressor e o relato de violência sexual. Dentre os 165 casos de homicídios dolosos, 77 óbitos tiveram a autoria ignorada (46,7%), da outra metade encontrou 42 casos com autoria referente a pessoas de relação doméstica ou familiar (25,5%), 39 autoria desconhecida (23,6%) e 7 casos em que a autoria eram de conhecimento da vítima (4,2%). Em resumo, ao menos 42 óbitos, cuja autoria era de pessoas relacionadas ao contexto familiar e doméstico, registrados nos Boletins de Ocorrência deveriam ser reclassificados como feminicídios e por isso estariam dentro do grupo de homicídios qualificados, com penalidades são maiores. Sendo assim, se considerarmos como critério de tipificação do feminicídio a partir do tipo de relação com o agressor, o número de homicídios qualificados subiria no ano de 2005 de 40 para 82 casos, ou seja, aumento de 105% nos registros, no município de São Paulo (ROMIO, 2014).

Considerando a “Agressão Sexual” relatada no corpo do BO e também a relação com o agressor, a pesquisa aponta que 4 dos 165 homicídios dolosos relataram violência sexual (2,4%). Destes, um teve como agressor uma pessoa de envolvimento familiar ou íntima com a vítima. Sendo assim, se considerarmos como critério de tipificação do feminicídio a ocorrência de violência sexual e a relação íntima ou de parentesco entre vítima e agressor, o número de homicídios dolosos que deveriam ser classificados como qualificados seria de 45 casos. Segundo esta reclassificação sugerida por Romio (2014) o número de homicídios qualificados subiria de 40 para 85 casos, no ano de 2005 (dados do município de São Paulo), ou seja, aumento de 112,5% nos registros de homicídios qualificados. Foi possível identificar 62 casos de feminicídios

entre os 205 casos de homicídio dos BOs registrados no município de São Paulo em 2005, considerando apenas relação doméstica, familiar ou íntima com agressor e violência sexual, 30% das notificações (ROMIO, 2014).

Outro aspecto demonstrado por Romio (2009) que merece ser assinalado como forma de retomar a alguns aspectos levantados nos estudos sobre feminicídios diz respeito à prevalência de autoria masculina nos casos de homicídios de mulheres notificados nos BOs do município de São Paulo, em 2005.

. Segundo Romio (2009), dos 205 casos analisados 59% (120 registros) não contava com essa informação, estando em branco ou ignorado. Esta característica dos BO se explica pelo fato dos autores descritos corresponderem àqueles casos cuja autoria foi reconhecida ou declarada no momento da elaboração do BO, e na maioria das vezes não se sabia naquele momento a identidade do autor do crime. Em 40% (82) dos casos o autor era do sexo masculino e em 1% eram do sexo feminino (3). Ou seja, nos casos identificados, 96% tinham autores do sexo masculino (ROMIO, 2009: 54).

2.4 Breve comparação entre registro criminal e registro de saúde

Tanto as informações estatísticas criminais como as da área de saúde são de extrema importância para os estudos da violência, os Boletins de Ocorrência representando o documento mais sintético e amplo da informação criminal e as declarações de óbito o documento da saúde. O BO tem informações sobre a ocorrência, o agressor e em seu histórico pode ser investigada a relação entre vítima e agressor e as questões relacionadas às violências sexuais. Já a DO traz em seu corpo apenas informações sobre as vítimas, dificultando o entendimento do contexto e do cenário da violência, embora também ofereça elementos sobre violência sexual, além de capturar e classificar todas as classes de morte. De qualquer forma, por serem atualizadas e sistemáticas, são fontes valiosas para conhecer os volumes, as taxas e a evolução temporal dos eventos.

As diferenças marcantes entre a informação contida no BO e na DO, podem ser entendidas por meio das finalidades dos documentos e também do tipo de instituição

responsável pelo registro. O Boletim de Ocorrência (BO) é um documento de segurança pública, utilizado pela Polícia Civil para o registro da notícia do crime, isto é, para transcrever a comunicação oral do notificante processual na unidade policial – Distrito Policial (DP) – e registrar as providências preliminares adotadas. O BO é o primeiro documento oficial a registrar o fato e será peça fundamental para o prosseguimento ou não de inquérito policial. É um documento que sintetiza os fatos, as personagens e as circunstâncias do evento, por isso, é de grande valor para pesquisas. Sua maior limitação é a deficiência no preenchimento, dificuldades na disponibilidade dos nacionais dados (cada estado produz e administra seus próprios dados) e a “polissemia” na narrativa que compõe o documento, é comum localizarmos definições sexistas dentro do documento, uso de termos como amásia, etc. (ROMIO, 2009).

Por estes motivos, para a finalidade deste estudo que prevê captura de informações em âmbito nacional **a possibilidade de análise de dados de base em informações dos BOs foi descartada, especialmente por não ter sistema nacional unificado.**

2.5 Decisão pelos dados da saúde para o estudo estatístico dos feminicídios

Como já antecipado e debatido, não é possível chegar a um número exato de feminicídios por diversos motivos, entre eles, a sub-notificação dos casos de agressão contra mulheres, a naturalização das mortes de mulheres por razões de gênero, a invisibilidade institucional dos efeitos de determinadas leis na vida das mulheres, o viés andrógono dos meios de coleta de informação que não favorecem a interpretação direta da violência contra a mulher, dificuldade no acesso aos dados da administração jurídica (inclusive pela ausência de sistematização em âmbito nacional), entre outras.

Cada fonte de informação prioriza um aspecto ou dimensão da violência gerando cada uma delas uma estatística específica. No futuro, por exemplo, caso seja incorporada a variável feminicídio junto a categoria homicídio qualificado no BO, teremos uma estatística criminal para quando se contabilizar os inquéritos policiais de feminicídios, outra para quando ocorrerem os primeiros julgamentos e condenações dos agressores, outra para quando os sistemas de estatísticas e geografia brasileiros conduzirem pesquisas sobre vitimização exclusivas para o caso da violência feminicida

e contra a mulher, e assim por diante.

Desta forma, para alcançar os objetivos desta tese optou-se pelos dados da saúde, pois as informações de saúde são de acesso público e contam com sistematização e cobertura nacional. Todos os registros escolhidos para a análise estatística do feminicídio registram mortes. A Declaração de Óbito é a base de parâmetro deste estudo, complementadas com outras informações da área de saúde e que capturem alguma dimensão da morte específica de mulheres, são elas a Ata de Internação Hospitalar e a Notificação da Violência Doméstica e Sexual, do Ministério da Saúde.

Até este ponto foi explicado o porquê da decisão por conduzir um estudo com base em informações da saúde em base as vantagens e desvantagens que esta opção acarreta na mensuração do fenômeno em comparação a informações oficiais de outras áreas. Adiante apresentamos: a) as bases escolhidas; b) discussão sobre as variáveis de maior destaque para o estudo; c) teste de qualidade das informações consideradas; d) proposta analítica dos feminicídios com dados dos documentos levantados.

2.6 Análise da violência letal contra mulheres com informações de saúde

Foram utilizadas bases secundárias de informação sobre saúde para este estudo, são elas: As Declarações de Óbitos (DO-SIM), As Atas de Internação Hospitalares (AIH- SIH) e As notificações da violência doméstica e sexual (VIVA- SINAN). As informações contidas nestes documentos possuem um ponto em comum, a categoria morte é uma das especialidades do documento, enquanto que nos outros é um possível desdobramento.

As bases selecionadas fazem parte do Sistema Único de Saúde – SUS que foi criado pela Constituição Federal de 1988 e posteriormente regulamentado por duas leis federais: a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que trata do controle social e do financiamento do setor Saúde. Estas bases selecionadas dão conta de dois processos demográficos e de saúde: a doença (SINAN – Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação, SIH – Sistema de Informações Hospitalares), e a morte (SIM – Sistema de Informação de Mortalidade) (BRASIL, 2009).

A seguir, detalhamento das bases selecionadas.

a) Sobre o Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM – e a sensibilidade da Declaração de Óbito para o estudo dos feminicídios

O Sistema de Informação de Mortalidade tem nível nacional e foi responsável pela implantação de modelo padronizado de Declaração de Óbito, como segue a CID 10 oferece a oportunidade de comparações internacionais. As informações provenientes das DOs não são imunes às dificuldades, como esclarecem Mello Jorge; Gawryszewski e Latorre: Especificamente com relação às causas externas, a Declaração de Óbito constitui-se em boa fonte de informação do ponto de vista quantitativo, mas apresenta algumas falhas quanto à sua qualidade, pela seguinte razão: na parte internacional do modelo de Declaração de Óbito (atestado médico) – local destinado à colocação das causa de óbito – os legistas, após necropsia, às vezes, em número não pequeno de casos, fazem menção à natureza das lesões que levam à morte sem se referirem aos tipos de acidentes/violência que ocasionaram essas lesões. As regras internacionais existentes para o preenchimento dos atestados determinam que, nesses casos, como já foi visto, devem ser colocados os dois tipos de informações (LAURENTI e MELLO JORGE, 1987). É esse o motivo pelo qual vão ocorrer óbitos por ‘causas externas de tipo ignorado’, para algumas áreas, em quantidade não desprezível, fato prejudica o estudo das mortes por acidentes e violência de vez que, somente conhecendo a ocorrência/distribuição de cada um de seus tipos, será possível preveni-los” (MELLO JORGE; [GAWRYSZEWSKI](#); [LATORRE](#), 1997, p.7).

A base de informações do SIM é a base de diversos estudos de mortalidade na Demografia, Saúde Pública e Epidemiologia, pois oferece um amplo leque de variáveis relacionadas à caracterização da causa principal da morte e descritores demográficos da pessoa. As Declarações de Óbito são recolhidas periodicamente por órgãos estaduais. Estes órgãos são responsáveis pela digitalização e análise das informações. A DO é preenchida por um médico (ou um perito/legista, no caso de morte por causas não naturais) e deve ser levada ao cartório de Registro Civil. As informações são, depois, transferidas para os órgãos de estatística estaduais e, em seguida, para o Ministério da Saúde, que administra desde 1975 o Sistema de Informação de Mortalidade (Mello e JORGE *et al.*, 1997).

Embora as Declarações de Óbitos privilegiem as informações das vítimas, ou

seja, não temos dados sobre motivação, nem sobre as características do agressor, nem sobre a relação entre os envolvidos, ela é de enorme valor para os estudos do feminicídio. Vale destaque que a maioria dos estudos assume a quantidade de óbitos femininos por agressão física como o total de feminicídios, de fato a maior parte se trata de feminicídio, mas outras têm a ver com contextos de outros tipos de violência como mortes por bala perdida, roubos seguidos de morte e chacinas.

Ao passo que também consideraremos as violências oriundas dos contextos da exploração sexual e reprodutiva da mulher, devemos ampliar o número ao observar outras mortes, as denominadas maternas, especialmente aquelas consequentes de abortos em casos em que não é permitido por lei.

Existe uma relação entre mortes por agressão física e mortes por aborto, especialmente se consideramos o período reprodutivo, de 15 a 49 anos, que pode ser estudada em base as Declarações de Óbito.

b) Sobre o Sistema de Informação Hospitalar – SIH – a Ata de Internação Hospitalar

O Sistema de Informação Hospitalar faz gestão dos dados oriundos das autorizações de internação hospitalar (AIH) do Sistema Público de Saúde, o SUS. Seu objetivo é financeiro, pois somente mediante a autorização se pode fazer as internações, desta forma o documento apresenta o gasto público com agravamentos das doenças, além de importantes informações epidemiológicas sobre morbidade em âmbito nacional. O documento tem classificação de doença consonante ao CID, possui informações demográficas e geográficas (BITTENCOURT *et al.*, 2006).

Segundo Brasil (2015), as AIH são instrumentos de registro dos pacientes por gestores e prestadores de serviços do SUS, visto que cada entrada no sistema de saúde pública de uma internação gera custos no orçamento público. O valor de cada internação é fixado segundo procedimento médico hospitalar com seus respectivos gastos com materiais, tratamentos utilizados, profissionais de saúde envolvidos, assim como os gastos com a estrutura de hotelaria. O registro corresponde, geralmente, ao mês da alta

do paciente nas entradas no sistema (BRASIL, 2015).

As causas de internação registradas nas AIH obedecem a Classificação Internacional de Doenças (CID) e por isso servem ao estudo aqui proposto para diálogo com as informações das DO que também obedecem a mesma classificação, o que possibilita a comparação. Cada diária de internação refere-se a “permanência de um paciente por um período indivisível de até 24 horas em uma instituição hospitalar”, com contagem a partir da meia noite (BRASIL, 2015).

Uma internação pode resultar em óbito e este registro foi incorporado na tese como uma variável de controle e de diálogo entre as bases de informação utilizadas.

De acordo com a Portaria SAS/MS n.º 312/2002, é considerado óbito hospitalar, se este ocorrer após o paciente ter dado entrada no hospital, independente do fato dos procedimentos administrativos relacionados à internação já terem sido realizados ou não... Não é necessário o número da Declaração de Óbito no sistema (BRASIL, 2015:66).

Segundo pesquisa de Bitencourt *et al.* (2006), existe um número grande de estudos que se apoiam nos dados das AIH para avaliação epidemiológica, há destaque crescente as causas externas na idade jovem, “ainda que represente apenas 7,0% do total das internações pelo SUS”. Segundo os autores a principal motivação para este interesse é o crescente predomínio das incidências na população jovem, das causas serem evitáveis “por medidas de prevenção, e o elevado custo” (BITTENCOURT, 2006:24).

Entre as vantagens de utilizar a base de informações do SIH para elaboração de estudos epidemiológicos, os autores citam o fácil acesso, a variedade de informações geográficas disponibilizadas, o grande volume de dados, o bom grau de cobertura e a relação entre os dados coletados com aqueles de outros sistemas de saúde como o SIM, SINAN e SINASC. Neste caso, os autores ressaltam que, com resultados em comparações simples e achados de outros estudos da área, as divergências entre os números podem ser decorrentes de sobreposição, interseção ou mesmo subnotificação em alguma das bases (BITTENCOURT *et al.*, 2006).

Segundo Moreira (2003), apesar de conter informações de natureza sócio demográfica, assistencial e financeira, o SIH estava sendo utilizado quase que exclusivamente como instrumento de pagamento, sendo as informações de outra ordem relegadas a um plano secundário, mesmo sendo a única fonte de dados de morbidade

hospitalar disponível no país. Por outro lado, Carvalho (2009) aponta para problemas relativos à qualidade das informações epidemiológicas;

Entre as mais frequentes críticas ao SIH, está o questionamento sobre a qualidade dos dados que aporta, em decorrência de fraudes e manipulações pelos prestadores de serviços. Na verdade, mais que um problema relacionado ao sistema de informação, pode-se dizer que esse seja um problema do sistema de saúde (CARVALHO, 2009: 57).

Para o estudo dos feminicídios a base de dados é de extrema serventia, pois evidencia uma das características destas mortes que é o processo representado pela sequência adoecimento-morte. Tanto a relação global entre mortes registradas no SIM e internações registradas no SIH, quanto a relação interna entre internações e mortes como um dos desfechos da internação, são informações relevantes para a averiguação do *continuum* nos feminicídios. Sendo assim, terão mais atenção nas análises dos diferenciais das mortes e adoecimentos entre homens e mulheres.

c) Notificação compulsória da violência doméstica e sexual contra mulheres – SINAN

A ficha de Notificação Compulsória da Violência foi criada sob a Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003, e “estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados”. A lei sofreu leve alteração em 2010 pela Lei 12.228, a mudança diz respeito ao parágrafo 1º do artigo 1º, nele fica definido como objetivos da notificação:

Para os efeitos desta Lei, entende-se por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, inclusive decorrente de discriminação ou desigualdade étnica, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público quanto no privado (Lei 12.228, 2010, BRASIL).

O adendo que foi feito na redação original de 2003 em 2010 diz respeito às preocupações expressas sobre a “discriminação ou desigualdade étnica” como forma relacionada à violência de gênero averiguada pela notificação, ainda faz falta que se

incorpore na notificação a discriminação e desigualdade racial, para que ela possa se referir às violências específicas que articulam com as violências de gênero para população negra. Mas foi um avanço no sentido de atender a demanda de entender as interações entre a violência contra a população indígena (Lei 12.228, 2010, BRASIL).

Esta e outras leis são progressos importantes provenientes de iniciativas que foram paulatinamente sendo aplicadas às políticas públicas brasileiras de proteção a mulheres vítimas de violência. Desta forma foram criados dois sistemas de notificação de violências, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), um denominado VIVA CONTÍNUO e ou VIVA SENTINELA,¹⁹ que posteriormente no início de 2009 foram incorporados ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. A própria lei que instituiu a notificação ora apresentada teve como ano de sanção o mesmo em que foi criada a Secretária Nacional das Mulheres, em 2003, e a vigência do seu sistema de captura tem coincidência com a sanção da lei punitiva à violência doméstica contra a mulher nº 11.340, Lei Maria da Penha, em 2006.

O Sistema VIVA CONTÍNUO, do qual nos ocuparemos na tese, faz parte do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), ele tem como finalidade obter de forma compulsória e contínua (365 dias por ano, 24 horas por dia) informações sobre violências e acidentes atendidos nos hospitais cadastrados pelo sistema, mesmo que não tenham, necessariamente, evoluído para mortes ou internações. As notificações dão conta dos atendimentos por violências domésticas, sexual e/ou outras violências em estabelecimentos de saúde. De 2006 a 2008 a cobertura da notificação se restringia a algumas cidades específicas, a partir de 2009 a cobertura se tornou nacional, com diferenças que podem ser percebidas na distribuição simples das notificações no território nacional no passar dos anos, como será demonstrado adiante no Capítulo 4. A notificação é essencial para o estudo estatístico dos feminicídios por contar com informações sobre o sexo do agressor, relação entre a vítima e agressor e detalhamento das agressões consideradas domésticas, sexuais e outras, além de integrar a Rede de Atenção e de Proteção Social às Vítimas de Violências. A coleta dos dados se dá no próprio estabelecimento de saúde, e os dados são atualizados quinzenalmente.

¹⁹ Vigilância de Violências e Acidentes em emergências hospitalares: Vigilância sentinela (VIVA Inquérito), por meio de pesquisa por amostragem, a partir de informações sobre violências e acidentes coletadas em serviços de urgência e emergência, durante 30 dias consecutivos. A periodicidade da pesquisa era inicialmente a cada ano, bianualmente entre 2007 e 2011 e, a partir de então, a cada três anos (BRASIL, 2015:13).

A Notificação Compulsória da Violência é bastante ampla na sua cobertura e detalhamento sobre os tipos de violência, segundo documento do Ministério da Saúde de 2015:

Com a publicação da Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011, e posteriormente da Portaria nº 1.271 de 06 de junho de 2014, a notificação de violências passou a integrar a lista de notificação compulsória, universalizando a notificação para todos os serviços de saúde. A ficha de notificação individual deve ser utilizada para notificação de qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra as mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT (BRASIL, 2015:14).

Além da notificação, os casos também contam com diversos encaminhamentos, entre eles deve ser destacada a condução ao conselho tutelar quando a vítima for menor de 18 anos, ao Ministério Público, Delegacia do Idoso ou Conselho do Idoso, em casos contra pessoas maiores de 60 anos, e Delegacia de Mulheres quando casos contra mulher (BRASIL, 2015).

A notificação também registra óbitos, o que possibilita a sua relação com os dados utilizados na tese como parâmetro de comparação aos registros das DOs, além de registrar abortos e profilaxias por infecção por HIV quando vítimas de agressão sexual.

Por suas especificidades, as mortes de mulheres registradas podem ser consideradas feminicídios diretos em suas diversas manifestações registrados na área da saúde. Ou seja, são números mínimos para exploração deste tipo de mortalidade de mulheres na área da saúde, no Brasil.

Como detalhamento das ocorrências, segundo Nota informativa CGDANT/DANTPS/SVS/MS de 2014:

utiliza-se o código genérico Y09 – agressões por meio não especificado da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10, visto que a ficha de notificação de violências é única para diversos tipos e naturezas de violências, embora a CID-10 classifique as lesões autoprovocadas voluntariamente no agrupamento X60 – X84 e os casos de violência

sexual nos códigos Y05 e Y07. A análise das notificações de violências não é feita segundo a categoria da CID-10, mas sim por tipologia da violência, a saber: intrafamiliar/doméstica, extrafamiliar/comunitária, autoprovocada, institucional e segundo a natureza da violência: física, negligência/abandono, sexual, psicológica/moral, dentre outras. (BRASIL, 2014:3-4).

Outra variável importante contida no sistema é a informação sobre orientação sexual das vítimas, na Notificação é perguntado sobre as “relações sexuais”, se ela é “só com homens”, se é “só com mulheres”, se é com “com homens e mulheres”, ignorada ou não aplicável. Este é o único registro que constata orientação sexual das vítimas, pode ser uma boa base para a análise específica da violência doméstica contra mulheres LGBT. Também consta nas versões mais atuais do questionário quesito sobre identidade de gênero, abordagem reivindicada pelos movimentos sociais de mulheres trans, lésbicas e bissexuais há muitos anos.

2.7 Comparação das bases SIM, SIH e SINAN

Como foi demonstrado, existem diversas similaridades entre as bases de informações da área da saúde. Na Figura 3 abaixo, resume-se os campos e aspectos relacionados, e podemos observar a coerência sobre a responsabilidade do Ministério da Saúde com as três bases. Apenas no aspecto temporal existe uma diferença entre as bases estudadas, enquanto o SIM e SIH estão disponíveis desde 1996 com a codificação de doenças mais recente, a CID-10, as notificações de violência são de 2009.

Figura 3 . Informações gerais sobre as bases SIM, SIH, SINAN

BASES	Notificação Compulsória da VSD - SINAN	Atas de Internações hospitalares - AIH- SIH	Declaração de Óbito - DO - SIM
Órgão responsável	Ministério da Saúde (MS), Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT)	Ministério da Saúde (MS), SISAIH - Sistema Gerador do Movimento das Unid. Hospitalares	Ministério da Saúde (MS), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)
Cobertura territorial	Sim	Sim	Sim
Cobertura temporal	2009 - atual	CID10 – 1996 - atual	CID 10 – 1996 - atual
Acesso à base	Solicitação a CGDANT/MS, microdados 2009-2014; tabulações simples via tabnet	Microdados disponíveis virtualmente, tabulações simples via tabnet	Microdados disponíveis virtualmente, tabulações simples via tabnet
Tipo de documento	Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências	Ata de internação hospitalar	Declaração de óbito. universo
Informante	Unidade médica, serviços de saúde	Unidade médica, serviços de saúde	Unidade médica, serviços de saúde

A Figura 4 diz respeito às principais variáveis demográficas de interesse quanto ao perfil das vítimas nas três bases.

Figura 4 - Descritores demográficos nas bases SIM, SIH, SINAN

BASES	Notificação Compulsória da VSD - SINAN	Atas de Internações hospitalares – AIH - SIH	Declaração de Óbito - DO - SIM
Sexo	Homem/ mulher/ Ignorado	Homem/ mulher/ Ignorado	Homem/ mulher/ Ignorado
Raça/cor	Sim	Sim	Sim
Idade	Idade simples/ grupos etários	Idade simples/ grupos etários	Idade simples/ grupos etários
Situação conjugal/civil	Situação conjugal	Estado civil	Estado civil
Escolaridade	Sim	Sim	Sim
Presença de deficiência física	Sim	Não	Não

E a Figura 5, diz respeito à possibilidade de categorização das violências capturadas pelas bases.

Figura 5 - Descritores de contexto nas bases SIM, SIH, SINAN

BASES	Notificação Compulsória da VSD - SINAN	Atas de Internações hospitalares - AIH - SIH	Declaração de Óbito - DO - SIM
Tipo de Violência capturada	Violência doméstica, violência sexual e outras formas de violência	Agressão física, meio sexual subcategoria	Agressão física, meio sexual subcategoria
Informação sobre aborto?	Sim - encaminhamento em caso de estupro	Sim - causa internação/óbito	Sim - causa de óbito
Informações sobre tipo local da ocorrência?	Sim	Sim	Sim
Frequência da agressão	Sim	Não	Não
Informações sobre tipo de meio?	Sim	Sim	Sim
Informações sobre tipo de relação com o agressor?	Sim	Não	Não
Informação sobre sexo do agressor?	Sim	Não	Não
Agredida gestante?	Sim	Não	Não
Informação sobre tráfico de pessoas	Sim	Não	Não

2.8 Variáveis selecionadas para os procedimentos analíticos

Com base no exposto acima sobre a potencialidade das bases de informação em saúde em capturar a violência letal contra as mulheres, e os principais tópicos levantados pela literatura sobre feminicídios e opressão de gênero, foram selecionadas para a análise estatística que se seguem nos capítulos 3 e 4, as seguintes variáveis.

1) Foco das análises

- Óbitos e internações registradas pelo SIM, SIH e SINAN;
- Óbitos femininos sexuais, reprodutivos e domésticos – reclassificados.

2) Período estudado

- Séries temporais com dados SIM: 1996 a 2014;

- Taxas de mortalidade e internação: média do triênio 2009,2010 e 2011;
- Análises comparativas nas três bases: 2009 a 2014;
- População exposta ao risco: Censo demográfico 2010.

3) Aspectos geográficas

- Brasil – SIM, SIH e SINAN;
- Municípios – SIM e SINAN;
- Municípios pertencentes à faixa de fronteira (588 municípios de fronteira ou cidade gêmea, segundo Ministério da Integração Nacional Brasileiro, 2009).
SINAN;
- 27 Capitais Brasileiras – SINAN.

4) Variáveis sociodemográficas:

- Idade: 3 grupos de idade para estudos gerais;
 - 0 a 14 anos: crianças e adolescentes;
 - 15 a 49 anos: adulto, período reprodutivo;
 - 50 anos e mais: adultas fora do período reprodutivo e idosas;
- Sexo: feminino e masculino, preocupando-se sempre em calcular as razões de sexo;
- Raça/cor: conforme IBGE, preta, parda, indígena, amarela e branca (SINAN);
- Escolaridade: sem instrução, educação básica (ensino fundamental e médio), e educação universitária (SINAN);
- Situação conjugal: solteira, casada/unida, divorciada ou viúva (SINAN).
- Relação Sexual: só com homens, só com mulheres, com homens e mulheres (SINAN);
- Gestante: sim : não e não se aplica (SINAN);
- Estudo da mortalidade proporcional com o objetivo de estudar o diferencial de sexo;
- Estudo da taxa de mortalidade específica com o objetivo de relacionar a morte em relação à população exposta ao risco por 100.000 habitantes.

2.9 Qualidade de dados de mortalidade do SIM, estabelecimento de parâmetro

A análise da qualidade dos dados é uma prática que possibilita avaliar o grau de confiabilidade que se pode obter em relação aos dados e indicadores que serão produzidos através deles, para tanto é imprescindível buscar definir qual será o parâmetro para esta medição de qualidade.

Inicialmente optou-se em relacionar proporcionalmente as mortes mal definidas com o conjunto de mortes registradas pelas DOs.²⁰ As proporções se referem aos grupos de idade de interesse, de 0 a 14 anos, de 15 a 49 anos e 50 anos e mais, e sexo, feminino, masculino e ignorado, de 1996 a 2013.²¹

a) Diferencial de sexo e idade em óbitos mal definidos

Aidar (2000) apresenta análise da qualidade dos dados de mortalidade feminina no Brasil, encontrando para o período de 1979 a 1995 entre o total de óbitos registrados, 18% com causa mal definida. Para a autora as estatísticas de mortalidade são valiosas fontes de informação em saúde, pois em muitas regiões do país somente são encontradas informações sobre mortalidade e são a partir delas que são elaborados os estudos epidemiológicos e o planejamento da administração em saúde.

Dada a importância destas informações, torna-se imprescindível o conhecimento e sua qualidade, tanto no que diz respeito à quantidade de informações não registradas quanto à distribuição desta “qualidade” segundo segmentos da população. Basicamente, os estudos da qualidade de informações sobre mortalidade abordam o grau de cobertura alcançado e/ou as proporções de registros de Causas Mal Definidas (AIDAR, 2000: 20).

No período analisado pela pesquisadora foi detectada pequena melhora nos dados e importantes diferenças regionais na qualidade dos dados. Foi apontado diferencial por sexo: Os óbitos femininos têm índices maiores que os masculinos, em torno de 2 pontos percentuais, e a diferença apresenta tendência de crescimento, iniciando com 1,6

²⁰ As tabulações das Causas mal definidas, segundo nota técnica do DATASUS, CID-10, são compostas pelos seguintes itens: “Todo o capítulo XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00-R99), exceto Síndrome da morte súbita na infância (R95)”, “Morte súbita (de origem) cardíaca, descrita desta forma (I46.1), Parada cardíaca não especificada (I46.9), Hipotensão não especificada (I95.9), Outros transtornos do aparelho circulatório e os não especificados (I99)”, “Insuficiência respiratória aguda (J96.0) e Insuficiência respiratória não especificada (J96.9)” e “Insuficiência respiratória do recém-nascido (P28.5)”.

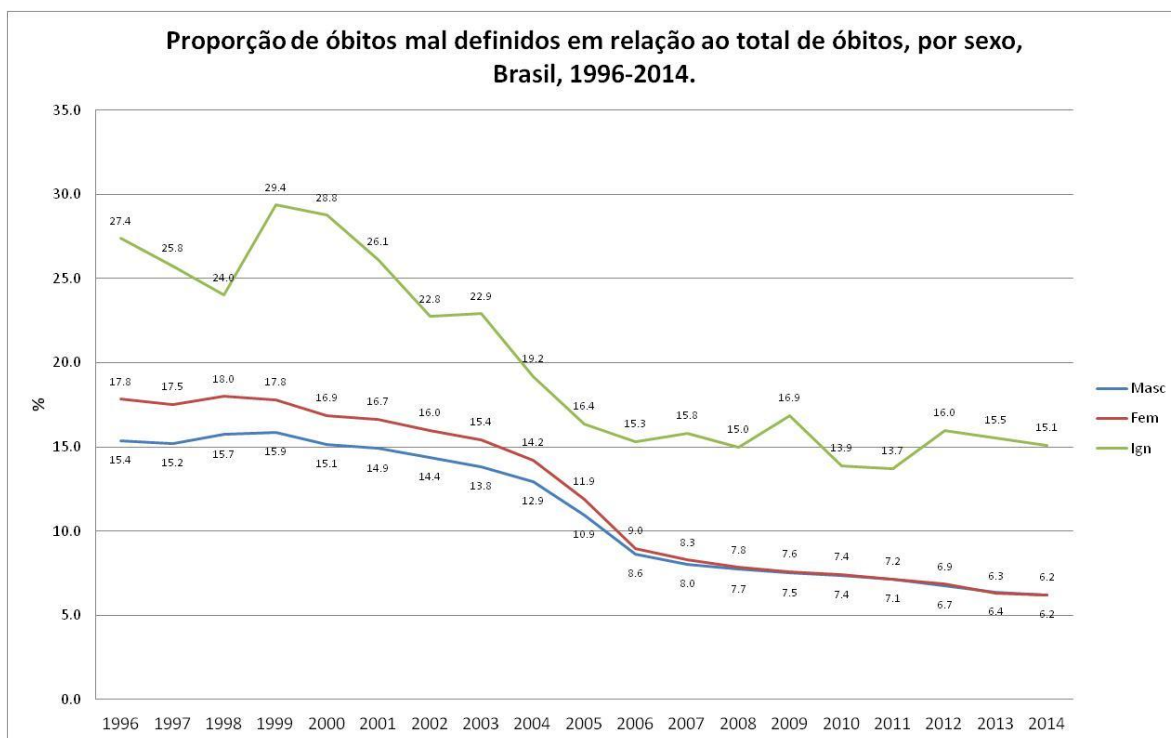
²¹ Estes anos contam com dados finais disponíveis no SIM/MS, TABNET- DATASUS, 2016.

pontos percentuais, passando a 2,4 no último período. Este aumento na diferença se deve à maior queda observada nos óbitos masculinos, cuja proporção diminuiu de 18,1% para 16%, queda de 2,1 pontos percentuais ou 11,6%, ao passo que, para os óbitos femininos, essa queda foi de 6,6% (1,3 pontos percentuais) (AIDAR, 2000:23).

Como hipóteses explicativas para os diferenciais por sexo no período Aidar (2000) aponta, por um lado, o crescimento da mortalidade por acidentes e violências que são de fácil identificação e atingem principalmente os homens jovens. Por outro lado, a autora considera os vários estudos que demonstram que as causas maternas, específicas para as mulheres em idade reprodutiva, são por vezes invisíveis e mal classificadas (AIDAR, 2000; LAURENTI, 1998).

No Gráfico 1 a seguir são estudados óbitos de causa mal definida em relação ao total de óbitos registrados no período de 1996 a 2014. No período de 1996 a 1999 o diferencial por sexo dos óbitos mal definidos se mantém entre 2,5 e 3 pontos percentuais, aproximadamente 18% dos óbitos femininos e entre 15% e 16% dos óbitos masculinos. A partir de 2000, nota-se gradativa queda deste diferencial do percentual de óbitos mal definidos para ambos os sexos até 2006, quando ambos os sexos chegam à porcentagem de aproximadamente 9% de óbitos com causa básica mal definida, continuam em queda paralela chegando ao mínimo 6% dos óbitos, excelente índice de confiabilidade.

Os óbitos mal definidos no grupo de registros com sexo ignorado, que foram 0,05% do total dos óbitos em 2013, também apresentaram grande queda, de 27,4%, em 1996, para 15,5%, em 2013, com grande oscilação e inconstância devido à raridade dos casos.

Gráfico 1.

b) Qualidade dos dados do SIM segundo grupos de idade analisados e sexo

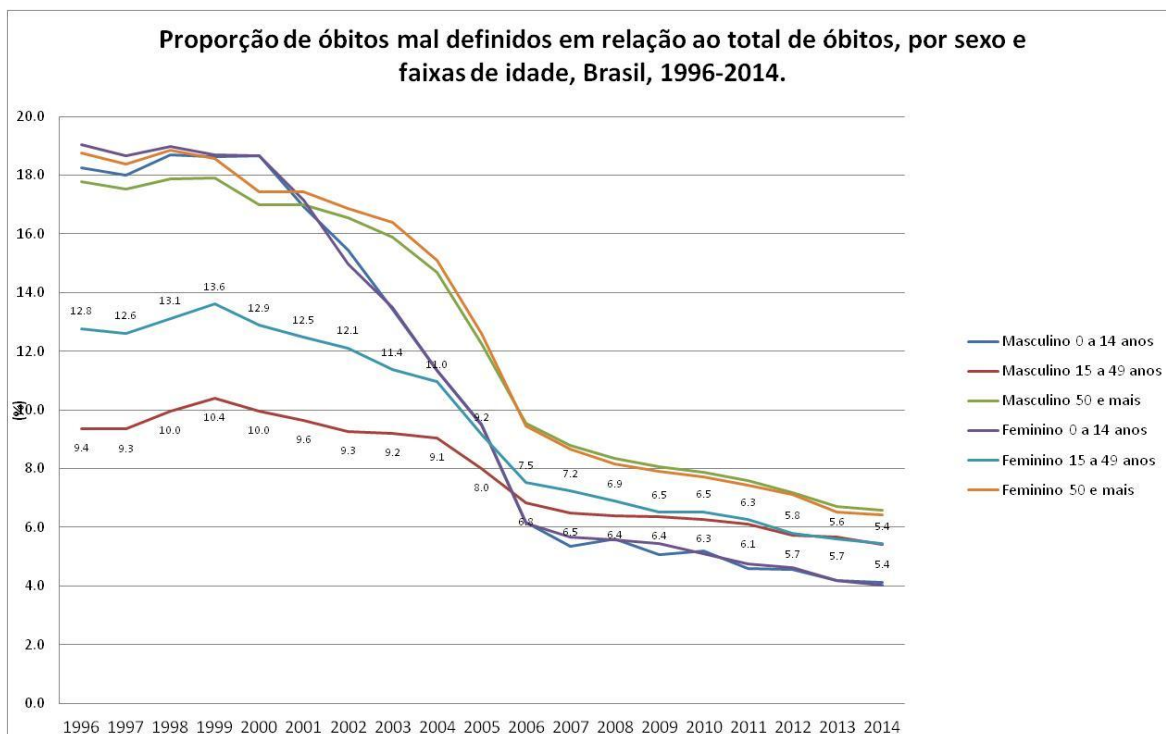
Um apontamento presente nas discussões sobre feminicídio na América Latina é a concentração das vítimas na idade jovem, especialmente violências de tipo sexual e doméstico, além das questões levantadas em torno das mortes maternas no período reprodutivo. Para a elaboração das estatísticas de feminicídio fica importante isolar o período considerado reprodutivo da mulher, que se concentra nas idades de 15 a 49 anos, mesmo que ocorram eventos reprodutivos em outras idades, porém são mais raros, mulheres de 50 anos ou mais, ou não esperados, como no caso das crianças e adolescentes (0 a 14 anos).

No Gráfico 2, são desagregadas as proporções de mortes mal definidas nos três grupos de idade estudados, 0 a 14 anos, 15 a 49 anos e 50 anos e mais, e segundo sexo, feminino e masculino. Nota-se que a maior diferença entre os sexos se dá no grupo de idade de 15 aos 49 anos, 3,5 pontos percentuais. A aproximação dos índices masculino e feminino ocorre a partir de 2006, mas a diferença perdura até 2009, quando finalmente

os percentuais chegam a cerca de 6%. O grupo de 0 a 14 anos tem diferença quase imperceptível, menos de um ponto percentual até 2000. O grupo de 50 anos e mais também apresenta diferencial muito pequeno que desaparece em 2006.

De fato, o diferencial de sexo no grupo de 15 a 49 anos em 1996 é de mais de 3 pontos percentuais, o que reforça a hipótese que o período reprodutivo da mulher é o período em que as assimetrias de gênero tornam-se mais agudas no Brasil. Esta diferença pode ser explicada ao fazermos um paralelo à amplificação de acesso e qualidade dos programas de saúde direcionadas para mulheres. Já que houve no Brasil uma amplificação nos investimentos em políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva para mulheres nos anos 2000 resultados em grande medida nas reflexões apontadas em Cairo (1994) que impactou na tendência de diminuição diferencial entre homens e mulheres prevista em anos anteriores como o captado nos estudos de Aidar (2000).

Gráfico 2



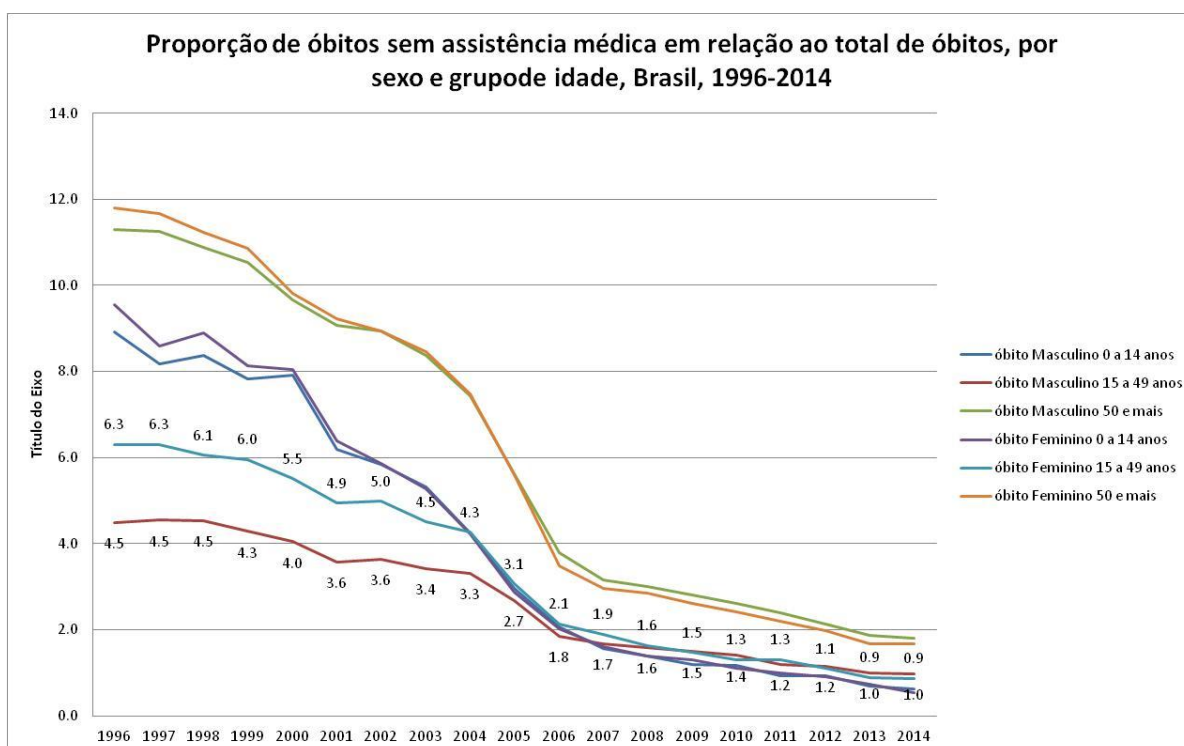
Fonte: SIM/DATASUS/MS, 1996-2014, Brasil.

c) **Existem diferenciais de sexo e idade na incidência de óbitos mal definido sem assistência?**

Um óbito de causa mal definida é classificado no subgrupo “óbito sem assistência médica”, categoria R98 da CID-10, se a pessoa não obteve assistência médica no decorrer da sua doença. No Gráfico 3 foram analisados dados referentes aos óbitos sem assistência médica.

Nesta categoria é possível ver a maior diferença de sexo no grupo de idade de 15 a 49 anos, onde a diferença inicia-se em dois pontos percentuais, cai para 1 ponto percentual em 2003, equipando-se no ano de 2008. Dois anos depois do momento em que se equiparou ao percentual de óbitos mal definidos no geral para ambos os sexos.

Gráfico 3.



Fonte: SIM/DATASUS/MS, 1996-2014, Brasil.

Em primeiro lugar é possível apontar o salto em qualidade que a cobertura dos serviços de saúde no Brasil teve no decorrer do período analisado de 1996 a 2014, ao menos a chance de ter morte diagnosticada e classificada em serviço de saúde.

Em segundo lugar, nota-se que a superioridade da classificação das causas no período reprodutivo pode ser muito importante para assegurar as análises sobre

diferenciais da mortalidade entre os sexos.. Por último, ressalta-se algumas políticas públicas adotadas no Brasil que podem ter afetado a melhora na assistência médica para mulheres da década de 1980 aos 2000. Na década de 1980 tivemos especialmente a publicação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, e na Constituição brasileira de 1988 que oferece o entendimento da saúde como um direito. No plano de ação da Conferência da População e Desenvolvimento Cairo-1994 vem o entendimento da dimensão da saúde sexual e reprodutiva como um direito humano (CORREA, ALVES e JANUZZI, 2006; CORREA e ALVES, 2003). Em 2003, teve início no Brasil uma nova etapa para as políticas específicas para mulheres com a abertura da Secretaria Especial de Políticas das Mulheres (SPM).

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher”, construída a partir da proposição do SUS, respeitando as características da nova política de saúde, em estreita parceria com outros órgãos de governo, marcadamente, a SPM e a Seppir, e com a participação do movimento de mulheres, de mulheres negras e de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, entidades de classe, pesquisadores e estudiosos da área, gestores do SUS. Esta política incorpora, em um enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (II PNPM, 2007:75).

2.10 Quais métodos podem ser utilizados para identificar os feminicídios no Brasil em base aos dados do setor de saúde?

O fenômeno dos feminicídios pode ser avaliado dentro do quadro de indicadores de mortalidade e morbidade na relação doença-morte. Estes indicadores são instrumentos bastante utilizados no campo da Demografia, Epidemiologia e Saúde coletiva para avaliar a situação de saúde e condições de vida.

Os agravos que acabam como eventos fatais têm suas limitações já que capturam apenas a ponta do *iceberg* que representa todo o processo que em alguns casos leva a morte. Desta forma, fazendo uma aproximação à questão dos feminicídios, nem toda

violência de gênero contra as mulheres termina em óbito, porém estudar estes casos pode trazer luz às estatísticas desse processo invisível.

Para a epidemiologia a doença é o *continuum* entre o estado de bem-estar e a morte, que inclui a alteração da saúde, a percepção da alteração, sua identificação como doença, a demanda por cuidados, uso de serviços e diagnósticos. A morte é o evento final do *continuum* saúde-doença e as estatísticas de mortalidade contam uma história muito incompleta sobre a doença e seus determinantes individuais e sociais. Assim como a teoria dos feminicídios aborda a violência de gênero contra as mulheres como um processo contínuo que envolve não só as mortes, mas todo o sistema de agravos e violações contra as mulheres como um processo que pode resultar em mortes baseadas na violência sexual, reprodutiva e doméstica.

Diversos estudiosos apontam ao fato da existência de diferenças marcantes na mortalidade de homens e mulheres, a masculina é sempre maior que a feminina em todas as idades, causa e regiões, exceto em regiões muito pobres e com alta mortalidade materna ou seletividade e preferência pelo sexo masculino, onde abortos seletivos e regimes de distribuição de alimentos, recursos, trabalhos excessivos e imposição de fertilidade.

As análises dos feminicídios através de dados da saúde, apresentada nos próximos capítulos desta tese, se baseiam em estudos das estatísticas de morbidade e mortalidade da população. Tais informações permitem avaliar os riscos de adoecer a que as pessoas estão submetidas e, a partir daí, orientam investigações sobre determinantes das doenças e apontam intervenções necessárias. Uma grande vantagem da análise sobre internações proporcionais por causa é sua sensibilidade a mudanças em curto prazo, diferentemente da mortalidade que precisa de amplos períodos para capturar diferenças nos seus percentuais por causa básica que levou ao óbito. Para essa tese, serão considerados feminicídios todas as mortes de mulheres por motivos sexuais, domésticos e reprodutivos, de dois tipos: direto, da violência interpessoal; e indireto, da violência institucional. Esta abordagem, como explicado no capítulo 1, faz referência às análises das tipologias feminicídio “íntimo”, feminicídio “não íntimo” e por conexão de Carcedo e Sagot (2010), às formas correntes de exploração do trabalho feminino que levam a essas mortes, “amalgama conjugal” que representa a exploração doméstica, sexual, reprodutiva e emocional Tabet (2005). Além do entendimento dos casos diretos e indiretos de Manjoos (2012).

No Capítulo 3 são estabelecidas as diferenças entre as mortes masculinas e as femininas, evidenciando as diferenças no aspecto do óbito sexual, doméstico e reprodutivo por sexo, demonstrando a incidência e exclusividade destas mortes para o sexo feminino. Estabelecimento de relações entre as bases através da relação entre óbitos hospitalares e não hospitalares, no critério da agressão física por meio sexual. Mortes proporcionais, taxas de mortalidade específica e razão de sexo para causas específicas.

O Capítulo 4 é dedicado exclusivamente à análise da mortalidade feminina por feminicídios.

Primeira parte das análises: tendências gerais

- Feminicídio reprodutivo: análise descritiva das mortes relacionada à saúde reprodutiva das mulheres nas três bases, isolamento das mortes por aborto; (primeiro indicador mínimo dos feminicídios reprodutivos);
- Feminicídio sexual: análise descritiva das mortes relacionadas às causas externas nas três bases, isolamento da causa agressão por meio sexual; (primeiro indicador mínimo dos feminicídios sexual);
- Contraste de perfil sociodemográfico dos tipos de feminicídios;
- Feminicídios domésticos: Averiguação das causas externas por agressão na linha do tempo, relação arma de fogo e outros meios ocorridas na residência, nos hospitais, e em via pública;
- Averiguação das mortes por meio sexual nos três documentos, hipótese sobre a existência de compatibilidade entre este número nas três vias.

No caso das mortes maternas, consideradas nesta tese como feminicídios indiretos e institucionais, serão consideradas as definições da CID-10, que incluem as mortes de mulheres que ocorreu “durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”. (RIPSA, 2008)²². Sendo assim, as mortes maternas incluem, além dos óbitos classificados no Capítulo XV da CID-10 "Gravidez, Parto e Puerpério", as mortes causadas pelo HIV (B20-B24), desde que a mulher esteja

²² <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc06.htm>

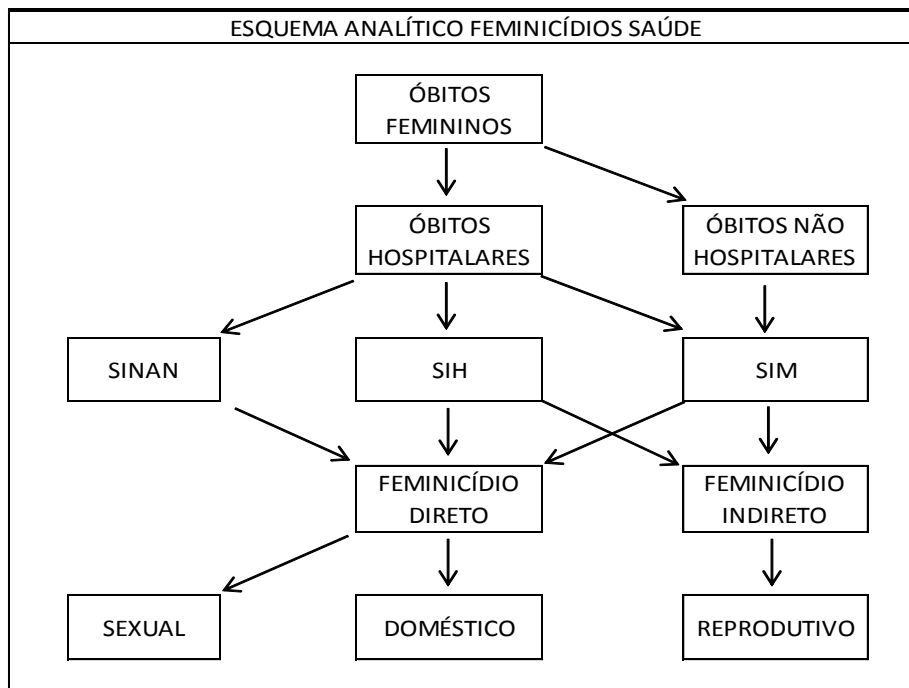
grávida no momento da morte ou tenha estado grávida até 42 dias antes da morte; necrose pós-parto da hipófise (E23.0); osteomalácia puerperal (M83.0); tétano obstétrico (A34); e transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (F53). “A CID-10 estabelece ainda o conceito de morte materna tardia, decorrente de causa obstétrica mais ocorrida após os 42 dias e menos de um ano depois do parto (código O96). Inclui também o conceito de morte materna por sequela de causa obstétrica direta, quando ocorrida um ano ou mais após o parto (código O97)”. (RIPSA, 2008).

Segunda parte do quarto capítulo é dedicada à análise das informações documentadas na Notificação.

- Os mapas contendo informações municipais foram elaborados utilizando o aplicativo de geoprocessamento Terraview, que é um software livre e desenvolvido no Brasil. (DPI/INPE). As malhas territoriais foram baixadas do site do Centro de Estudos Metropolitanos. Diz respeito à malha de municípios brasileiros;
- Análise das vítimas registradas com tipos de evolução morte por violência (variável EVOLUÇÃO = 3 ‘óbito por violência’). Isolamento tipos de violência que levam a morte por violência, isolamento feminicídios domésticas e sexuais. Análise descritiva das características demográficas, geográficas e de contexto;
- Regressão logística para avaliação da relação tipos de violências doméstica, sexual e suas principais covariáveis preditoras.

Pergunta: Como evidenciar feminicídios em base de informações secundárias do setor da saúde? Como produzir análise demográfica desta mortalidade feminina específica?

Ao considerar que os feminicídios para fins de análise empírica do fenômeno são os óbitos femininos registrados pelo sistema de saúde pública brasileira, é possível em suas mínimas expressões da ocorrência de mortalidade ligada à discriminação de sexo contra mulheres separá-los em três categorias, o feminicídio reprodutivo, o feminicídio doméstico e o feminicídio sexual, como demonstrado no esquema da figura 6.

Figura 6. Esquema analítico feminicídios na saúde

Fonte: Romio, 2017

CAPÍTULO 3

Diferencial de sexo na mortalidade, busca de causa de morte que possa caracterizar os feminicídios

Este capítulo é dedicado ao estudo comparativo dos óbitos masculinos em relação aos femininos em grupos de idade definidos pelos seguintes seguimentos: de 0 a 14 anos:²³ crianças e adolescentes; de 15 a 49 anos:²⁴ adulto, período reprodutivo; e, de 50 anos e mais:²⁵ pós-reprodutivo, adultas fora do período considerado reprodutivo e mulheres idosas.

O objetivo é analisar os diferenciais por sexo no padrão de mortalidade por grupo de idade definido nas diversas causas, em especial das causas externas. Posteriormente é dada atenção a comparações sobre especificidades por sexo em relação ao local de ocorrência do óbito, se no domicílio, em estabelecimento de saúde ou em vias públicas, no caso das agressões sexuais ou com qualquer contato físico.

As estatísticas buscam causas de morte que podem caracterizar melhor os feminicídios como parâmetros para entender no que se diferencia a mortalidade por sexo em relação aos grupos de idade estudados, de 1996 a 2014. As análises procuram responder à pergunta central do capítulo – existem mortes específicas femininas ou características específicas que diferenciem a sua mortalidade da masculina? – Todas as análises são feitas com informações da área da saúde: as Declarações de Óbitos (DO), as Atas de Internação Hospitalares (AIH) e as Notificações da violência doméstica e sexual (VIVA contínuo).

²³ A definição da faixa de 0 a 14 anos e sua relação com a violência diz respeito às considerações do ECA e do Código Penal brasileiros que estipula que manter relação sexual com menores de 14 anos é crime, presumido no Código Penal brasileiro no artigo 244 alínea “a” “não é maior de catorze anos”, ou seja, já está em condição de vitimização a violência sexual.

²⁴ As pesquisas que tratam de mortes por causas externas e reprodutivas apontam a faixa etária de 15 a 49 anos como momento de maior exposição ao risco de morte.

²⁵ O grupo etário 50 anos e mais foi criado pensando em aglutinar dois perfis de mulheres, as adultas de 50 a 59 anos que já estão, com raras exceções, fora do período reprodução, e as mulheres de 60 anos e mais que são consideradas idosas e também fora do período reprodutivo. Estes dois grupos se comportam aos fenômenos estudados de maneira bem parecida e, por isso, justificou-se a junção.

3.1 A Mortalidade Proporcional Geral por sexo e grupos de idade

São bastante frequentes estudos sobre a mortalidade no Brasil com ênfase na sobre mortalidade masculina em relação à feminina em todas as idades e em quase todas as causas de morte. Discuti-se especialmente sobre a mortalidade masculina infantil e por causas externas e o impacto delas na esperança de vida masculina, evidenciando aspectos ligados a situações desfavoráveis para os homens, expressos no maior volume de mortes, especialmente ligadas a causas evitáveis. Estes estudos apontam para aspectos biológicos, referentes a causas genéticas, e comportamentais, como o uso de álcool e violência, para justificar estas diferenças. Ao passo que às mulheres é atribuída a maior frequência nos registros de morbidade, como internações e notificações, sendo sua maior frequência diretamente relacionada às suas responsabilidades com o cuidado das pessoas do entorno e serviços voltados à saúde reprodutiva da mulher (LAURENTI *et al.*, 2005; SALA *et al.*, 2010).

Para Laurenti *et al.* (2005),

A menor sobrevida masculina foi – ou ainda é – quase sempre aceita sem muita discussão e vista como resultado somente de fatores biológicos. Acresce-se a isso o fato de ser continuamente mencionado que nascem e, em todas as idades, morrem mais homens, obtendo-se, assim, o equilíbrio entre os sexos. É inegável a existência do fator biológico, porém, o enfoque de gênero não pode deixar de ser considerado quando se deseja caracterizar e analisar a saúde do homem e da mulher (LAURENTI, 2005:36).

A pesquisa a respeito da mortalidade feminina dá mais ênfase aos estudos específicos de causas maternas e neoplasias. Quando são feitos estudos que comparam os sexos, as análises dão maior atenção às comparações entre quantidades, mais ligada aos volumes escalasse diferenciais das taxas. Para comparação de volumes tão diferentes é importante que se aplique uma leitura escalonada para poder reaproximar estas realidades e examinar as tendências. Por exemplo, a utilização da escala logarítmica para comparar as tendências da mortalidade por causas externas entre os sexos na Região Metropolitana de Campinas, de 1980 a 2000, evidenciou que, embora 10 vezes menos para as mulheres, as curvas são praticamente paralelas. Em seguida são

apresentadas as mortes proporcionais intragrupo masculino e feminino,²⁶ com percentagem no total de óbitos de cada sexo, de cada um dos grupos de idade e número total de óbitos, de 1996 a 2014, no Brasil. Busca-se evidenciar as diferenças por sexo e especificidades da mortalidade feminina, por exemplo, a exclusividade feminina para as causas maternas, parece óbvia pelo fato da gestação ocorrer no corpo feminino, porém, as mortes de causa materna são evitáveis, como no caso daquelas que ocorrem por aborto em países onde a legislação punitiva indiretamente causa a morte.

3.1.1 Análise segundo grupos de idade e sexo de 1996 a 2014

- **De 0 a 14 anos**

No período estudado de 1996 a 2014, no Brasil, houve 786.675 óbitos masculinos e 603.767 óbitos femininos no grupo de idade de 0 a 14 anos, razão M/F igual 1,3 óbitos.

Nos Gráficos 4 e 5 são apresentadas respectivamente a mortalidade proporcional masculina e feminina nesse grupo etário. Nota-se que a primeira causa de morte é a mesma e na mesma proporcionalidade para ambos os sexos, em que as mortes do capítulo “XVI - Algumas Afecções originárias no período perinatal” correspondem a cerca de 40% da mortalidade neste grupo de idade para ambos os sexos.

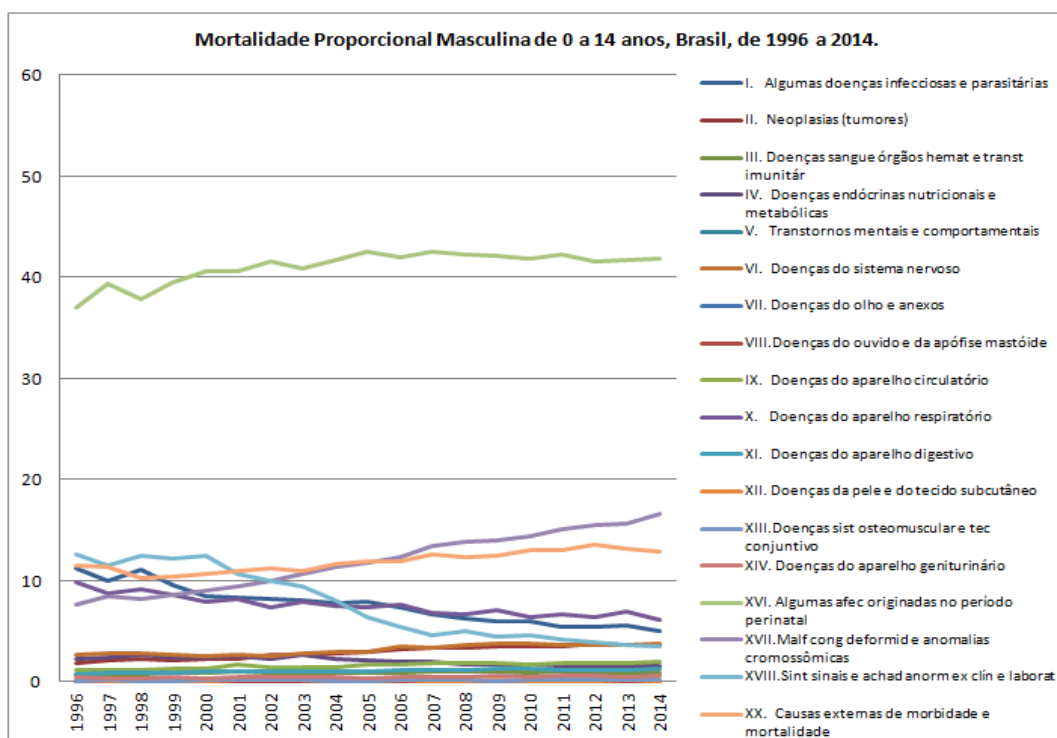
Como segunda causa aparece com significância, a partir de 2001, no caso feminino, e a partir de 2006 no caso masculino, o capítulo “XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas”, correspondendo a 20% das causas de morte para ambos os sexos.

O terceiro capítulo que mais representa a mortalidade proporcional masculina e feminina neste período é o “XX - Causas externas de morbidade e mortalidade”, esta posição foi constante para ambos os sexos, aproximadamente 10%, passando para a terceira causa de morte em 2004.

²⁶ Tabelas com as expressões numéricas destas proporcionalidades podem ser consultadas na parte anexa a tese.

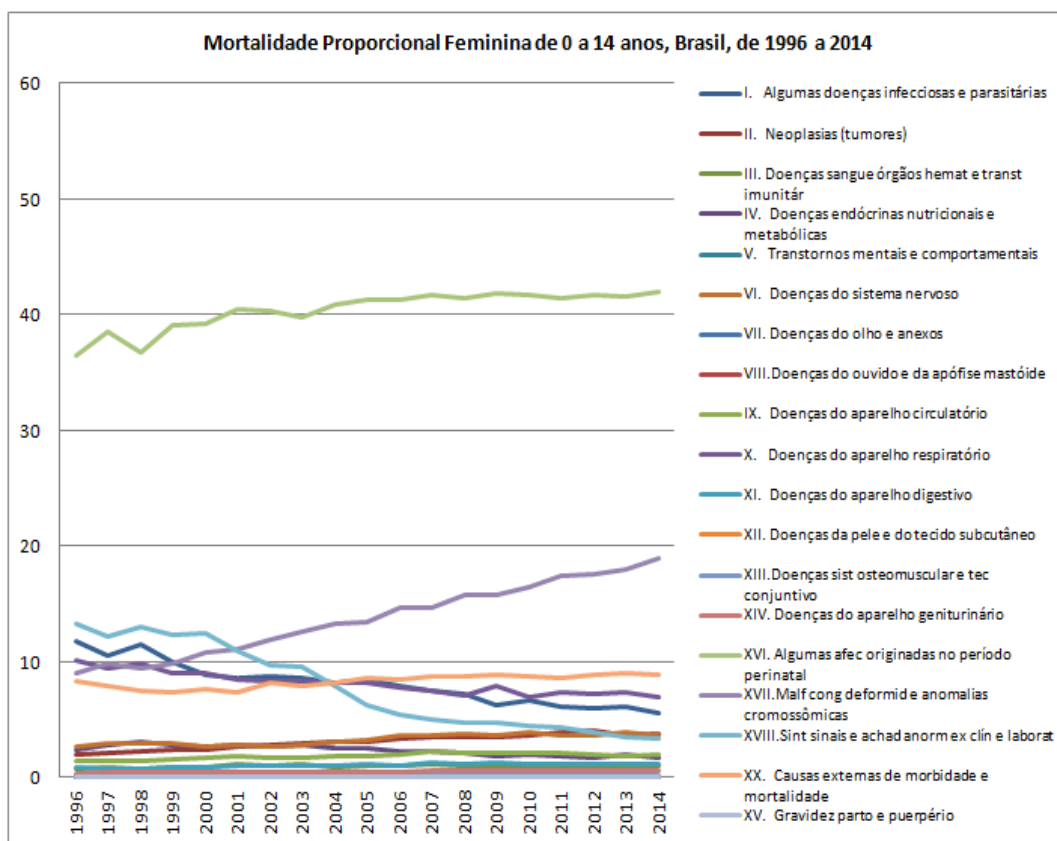
Um aspecto que merece atenção nesta primeira comparação diz respeito a grande similaridade da mortalidade proporcional feminina e masculina neste corte etário. Por mais que haja uma diferenciação da segunda e terceira posição por sexo, especialmente no sexo feminino em que há uma variação maior dos capítulos, ao final do período chegamos à mesma distribuição. Por um lado, o desenho da tendência de todas as causas é igual para ambos os sexos, por outro o volume de um e outro é diferente quando a morte masculina é o dobro da feminina, no período. Ao referenciar os totais intragrupo de sexo, e na visão das proporcionalidades, a diferença se dilui e o que se vê são caminhos parecidos deste grupo de idade independentemente do sexo, embora tenhamos que reconhecer que nesta faixa de menores de 15 anos, já aparecem as causas maternas como causa de morte feminina, representa como apenas 1% das causas nesta faixa etária, mas merecem a devida atenção, o que será problematizado a frente.

Gráfico 4.



Fonte: SIM/DATASUS/MS, 1996-2014, BRASIL.

Gráfico 5.



Fonte: SIM/DATASUS/MS, 1996-2014, BRASIL.

- **15 a 49 anos**

No período estudado de 1996 a 2014, o Brasil contabilizou 3.077.842 óbitos masculinos e 1.191.092 óbitos femininos no grupo de idade de 15 a 49 anos, razão M/F igual 2,6 óbitos.

Nos Gráficos 6 e 7 é possível notar duas questões fundamentais. Em primeiro lugar, o grande volume de óbitos masculinos neste período da vida e, em segundo lugar, a distribuição diferenciada dos tipos de causas que afetam homens e mulheres. Diferente do que ocorreu com o grupo de 0 a 14 anos, no qual os tipos de mortes acabavam traçando linhas de tendência semelhantes, neste grupo nota-se que o sexo define o tipo de morte e a concentração numérica dela, o que reforça a hipótese defendida na tese da importância do estudo deste grupo de idade para a avaliação das diferenças entre homens e mulheres que podem representar as desigualdades mais latentes.

O impacto que as mortes por “Causas externas” na população masculina do grupo etário é gigantesco, cerca de 50% de todos os óbitos de grupo, sendo a primeira causa da mortalidade proporcional masculina por todo o período estudado com tendência ao crescimento, saindo de 47% em 1996 chegando a 55% das mortes em 2014. Diversos estudos demonstraram que existe uma concentração dessas mortes na população negra. “Considerando o país como um todo, o número de homicídios brancos caiu de 18.867 em 2002 para 14.047 em 2010, o que representa uma queda de 25,5% nesse 8 anos. Já os homicídios negros tiveram um forte incremento passando de 26.952 para 34,983: aumento de 29,8%”. (Waiselfisz, 2012:16)

As outras causas de mortalidade correspondem a cerca de 10% cada, em que se destaca como segunda causa as “IX - Doenças do aparelho circulatório”, entre 11% e 12% em todo o período estudado. As neoplasias a partir de 2006 começam a representar a terceira causa de morte proporcional masculina trocando a importância com a mortalidade pelas causas mal definidas “XVII - Sintomas e achados anormais” que ocuparam em 1997.

A mortalidade proporcional feminina do grupo etário de 15 a 49 anos é bem diferente da mortalidade proporcional masculina, pois enquanto as causas externas figuram para os homens a causa majoritária, para as mulheres vê-se uma variedade de mortes representativas neste grupo de idade. Cerca de 20% da proporcionalidade entre

as que mais se destacam, dentre as quais a mortalidade por causas externas. De 1996 a 2004 o capítulo da “IX - Doenças do aparelho circulatório” foi a primeira causa de mortalidade feminina, trocando de posição com as “Neoplasias” em 2005, com sua tendência crescente chegando em 2014 a responder por 23,6% da mortalidade. As doenças do aparelho circulatório passaram a compartilhar a segunda posição com as mortes do “XX - Causas externas de morbidade e mortalidade” a partir de 2012, que vem ganhando representatividade com tendência ao crescimento. As causas maternas aparecem entre as causas que ocupam proporcionalidade inferior a 5%.

Embora os estudos sobre saúde da mulher centralizarem seu olhar na morte materna, as neoplasias e as causas externas também são evitáveis e ocupam representatividade crescente na mortalidade feminina no período reprodutivo de 15 a 49 anos, cerca de 20% da mortalidade. Por outro lado, estas mortes são exclusividade das mulheres e fazem maior peso neste grupo de idade, mortes decorrentes da ausência de assistência em saúde e presença de leis restritivas aos direitos reprodutivos das mulheres como o caso da criminalização do aborto.

Gráfico 6.

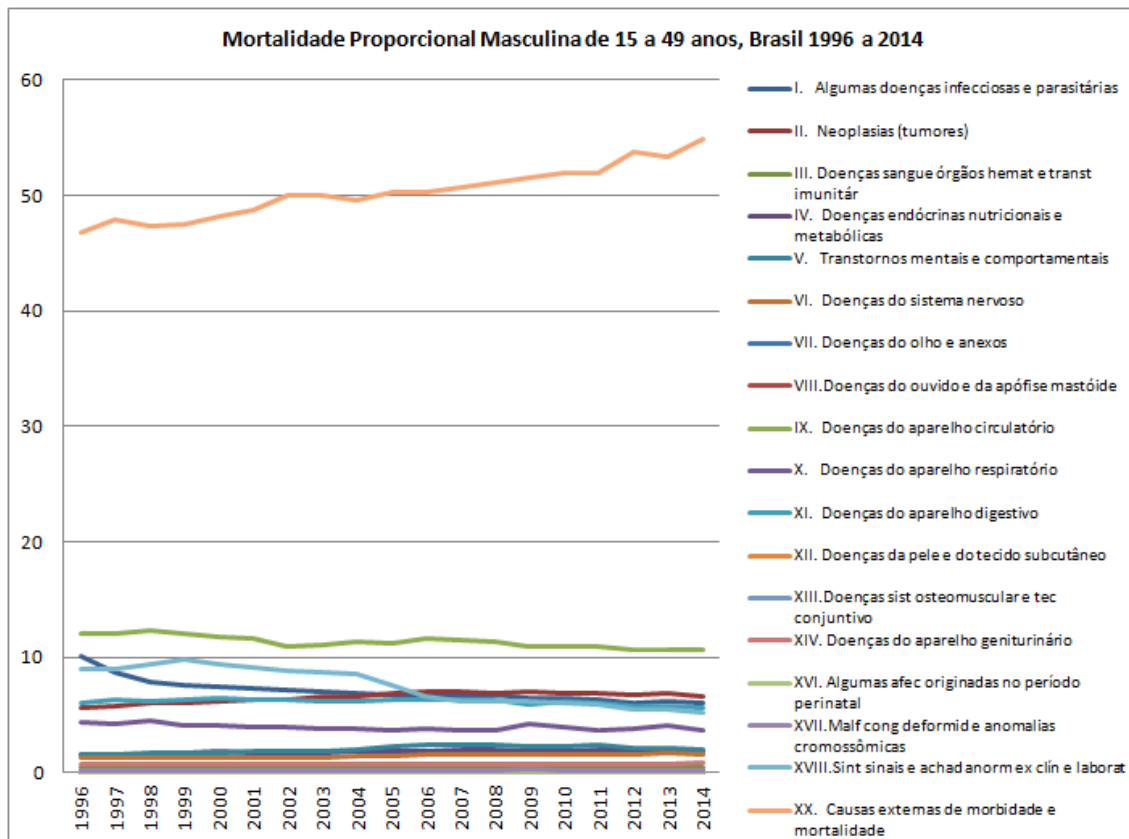
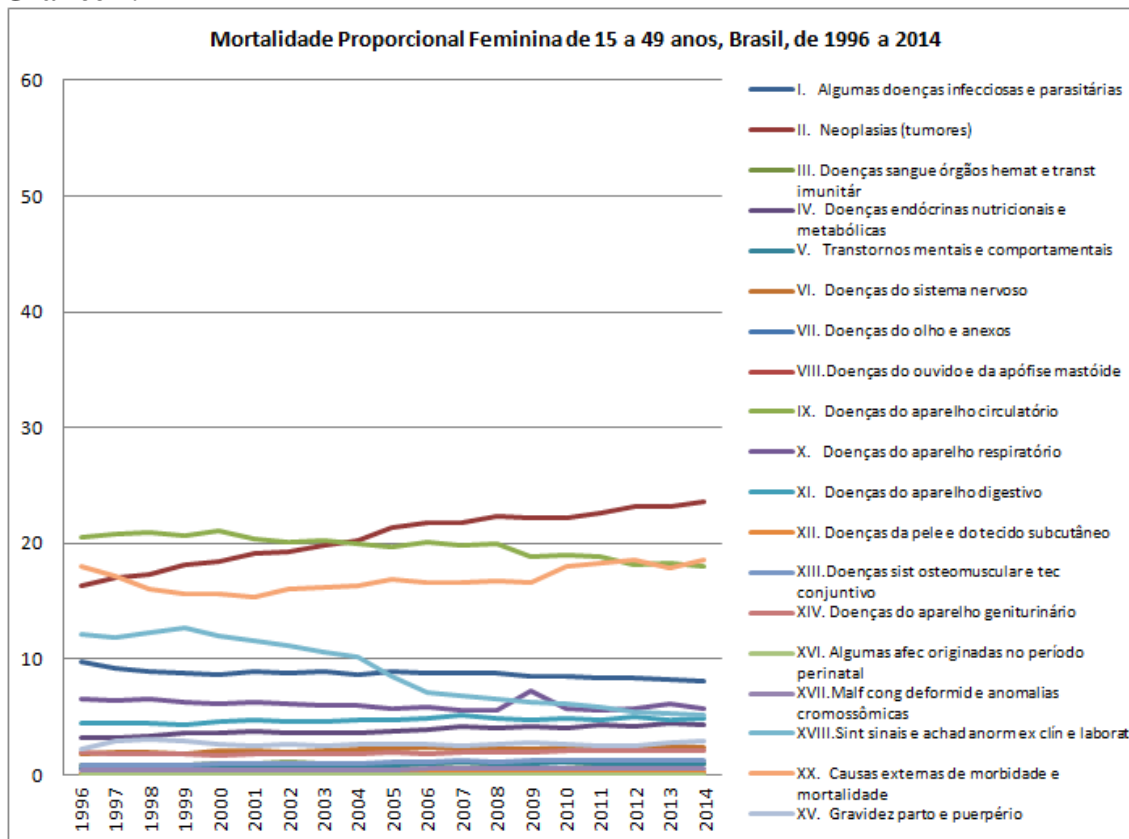


Gráfico 7.



- **50 anos e mais**

No período estudado de 1996 a 2014, o Brasil contabilizou 7.468.921 óbitos masculinos e 6.558.805 óbitos femininos no grupo de idade de 50 anos e mais, razão M/F igual 1,2 óbitos.

Os Gráficos 8 e 9 mostram respectivamente a mortalidade proporcional masculina e feminina do grupo de idade 50 anos e mais, de 1996 a 2014, no Brasil. Neles podemos notar maior similaridade entre os sexos, assim como o caso do grupo etário de 0 a 14 anos, tanto nas causas principais como nas suas proporcionalidades dentro do total.

A primeira causa da mortalidade proporcional masculina de maiores de 50 anos foi a “IX - Doenças do aparelho circulatório”, que obteve tendência decrescente saindo de 36% até chegar aos 32% e para na mortalidade feminina saindo de 39% chegando a 34% no mesmo período.

Em seguida é possível ver a grande queda das causas mal definidas, “XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório”, em ambos os sexos, de 16% para 6% em 2014 e no caso feminino de 18% para 6% em 2014. Esta causa ocupava o segundo lugar até o ano 2000, e no caso masculino em 2003. Quando a causa Neoplasias ocupou o segundo lugar com tendência crescente, mais inclinada para no caso masculino que no feminino.

A causa externa de mortalidade aparece entre as causas com proporcionalidade menor que 10%, sendo cerca 6% para os homens e 3% para mulheres.

Gráfico 8.

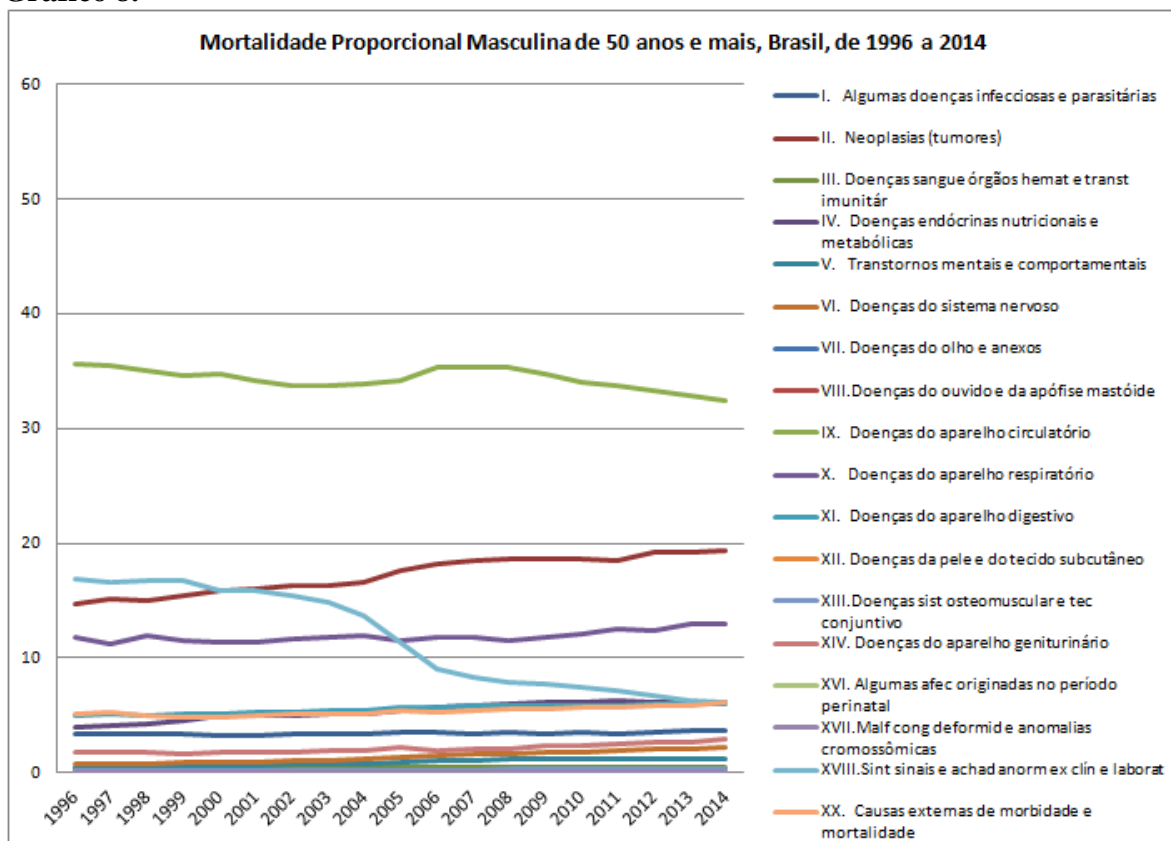
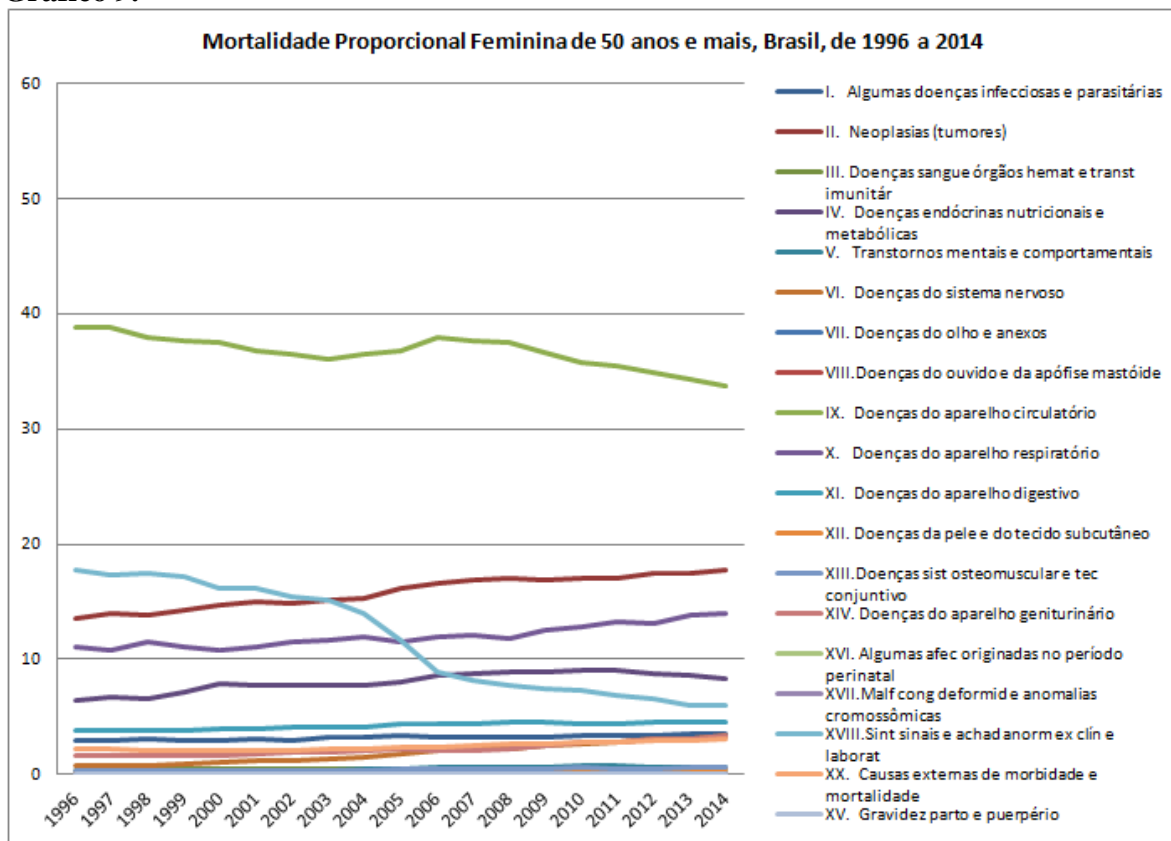


Gráfico 9.



3.1.2 As causas externas de mortalidade, especificação das mortes por violências na área da saúde e diferenciais de sexo

Para Waiselfisz (2007) as mortes por causas externas podem ser utilizadas como *proxy* genérico para o estudo da violência na sociedade, segundo seus entendimentos, apesar da violência ser muito mais ampla que aquela expressa nas mortes por causas externas – dado que nem todas as agressões desencadearem um processo de morte – as mortes por causas externas revelam um grau extremo de violência. Outro argumento utilizado pelo pesquisador é a ausência de registros de queixas de outras formas de violência o que, no caso da mulher, é ainda mais dramático, pois só há pouco tempo vem sendo desvelado.

No Brasil, a maioria das vítimas de mortes por causas externas são os jovens do sexo masculino de 15 a 29 anos, como apontado em diversos estudos sobre violências. Esta pesquisa considera que o grupo etário que melhor compreende a experiência da violência sistemática no Brasil é o de 15 a 49 anos, especialmente por conta do objetivo de comparação entre sexos e, ainda, para possibilitar análises de multifatores relativos às histórias afetivas, reprodutivas e de participação produtivas de mulheres e homens.

Como pode ser observado nas últimas análises, somente para o grupo de 15 a 49 anos há importantes diferenças da mortalidade proporcional por causa entre os sexos. Chama a atenção o volume superior das causas externas de morte, líderes da mortalidade masculina, mas ao mesmo tempo é a segunda causa de morte entre as mulheres deste grupo etário com tendência ao crescimento.

a) 0 a 14 anos

No período estudado de 1996 a 2014, o Brasil contabilizou 91.942 óbitos masculinos e 49.585 óbitos femininos no grupo de idade de 0 a 14 anos, razão M/F igual 1,8 óbitos.

Nos Gráfico 10 e 11 são apresentadas, respectivamente, a mortalidade proporcional masculina e feminina nesse grupo etário, por grande grupo do capítulo das

causas externas. Observa-se que a primeira causa de morte é a mesma e em igual proporcionalidade para ambos os sexos em que as mortes “Outras causas externas de lesões acidentadas” correspondem a cerca de 50% e 45% da mortalidade neste grupo de idade para ambos os sexos, com tendência a queda em ambos os sexos também apresentando maior queda no sexo masculino.

Para Mello Jorge *et al.* (2007), “O grupo dos ‘demais acidentados’ engloba tipos variados, (afogamentos, quedas, intoxicações e envenenamentos, impacto contra objetos etc.) cujos fatores de risco e de prevenção são também múltiplos. Chamam a atenção alguns acidentados como quedas, principalmente em crianças e idosos, e que, na idade adulta, muitas vezes se constituem em acidentados de trabalho” (Mello Jorge, 2007: 43)

Como segunda causa aparece os acidentados de transporte, representando em torno de 30% das mortes, com tendência de queda mais acentuada no sexo masculino que no feminino.

O terceiro grupo que mais representa a mortalidade proporcional masculina e feminina neste período são as mortes por agressão, em que ambos os sexos saem do índice de 8% da proporcionalidade em 1996 e vão ganhando importância e chegam a 20% das causas externas de mortalidade masculina e 15% da feminina em 2014.

Gráfico 10.

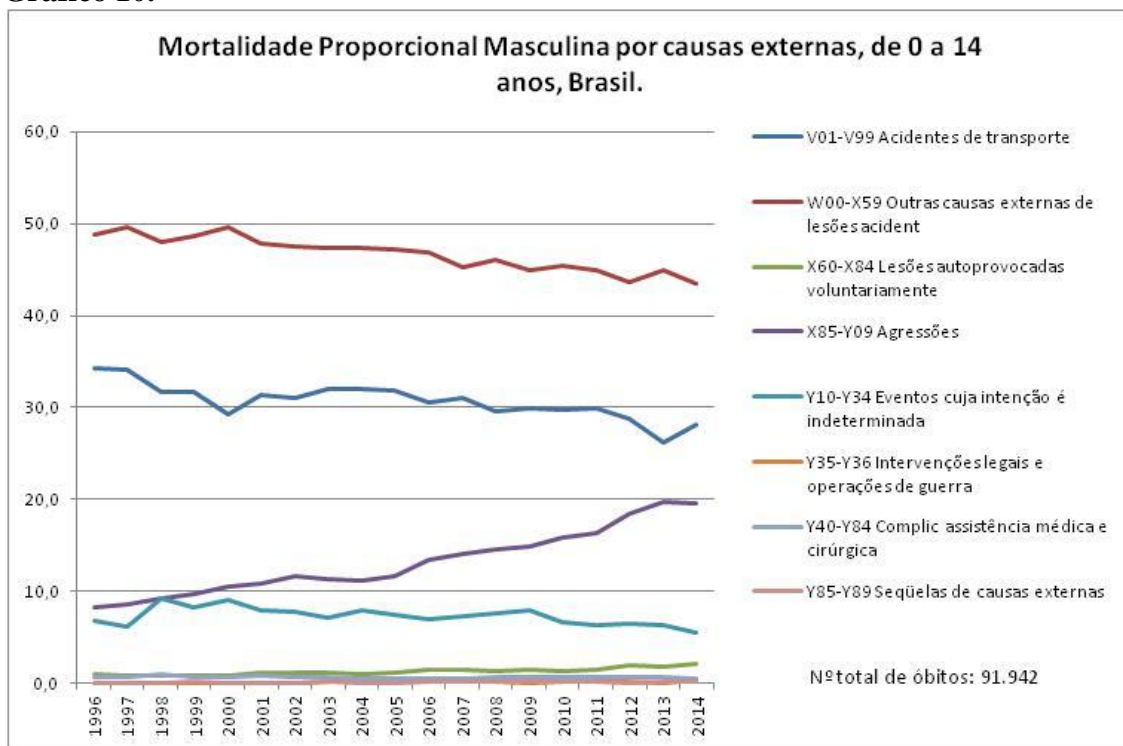
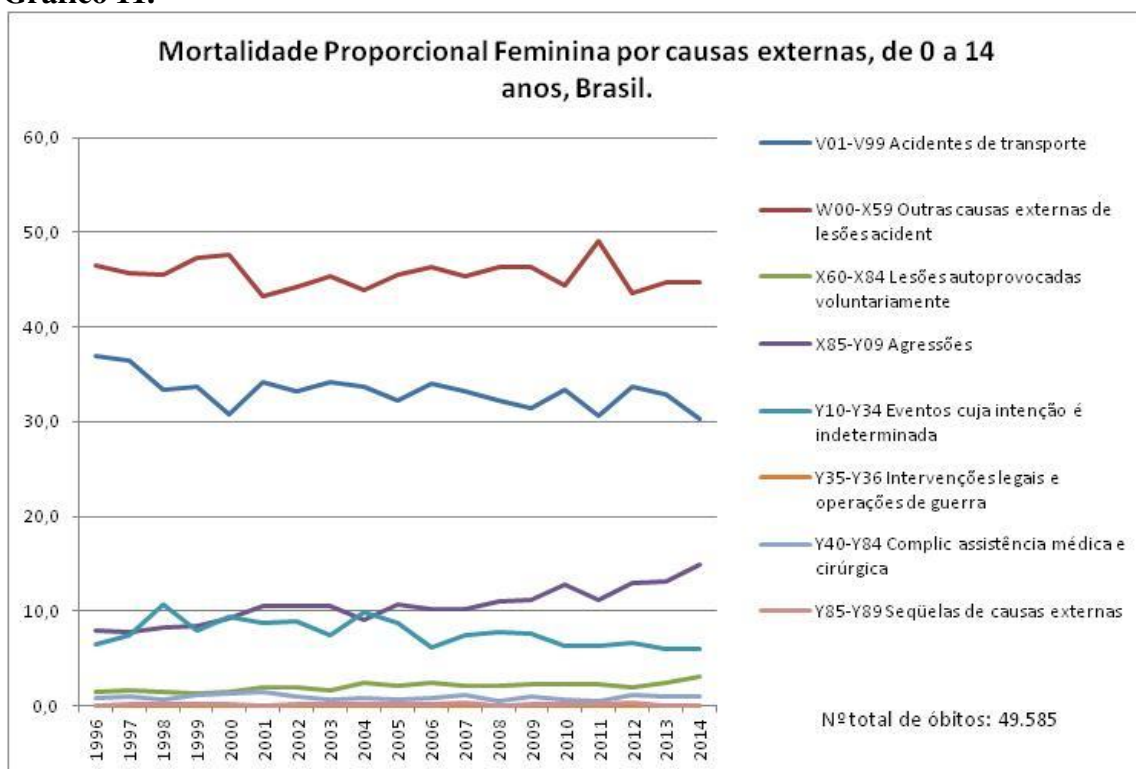


Gráfico 11.



b) 15 a 49 anos

No período estudado de 1996 a 2014, o Brasil contabilizou 1.550.632 óbitos masculinos e 201.542 óbitos femininos no grupo de idade de 15 a 49 anos, razão M/F igual 7,7 óbitos.

O grupo de idade apresenta diferença na ordem das proporcionalidades das causas externas de morte por sexo. A primeira posição nesta decomposição são as agressões que correspondem a aproximadamente metade das mortes, saindo de 42% chegando a 50% das mortes em 2001 a 2014, com oscilações. Na primeira posição feminina estão os acidentes de transporte representando cerca de 40% das mortes.

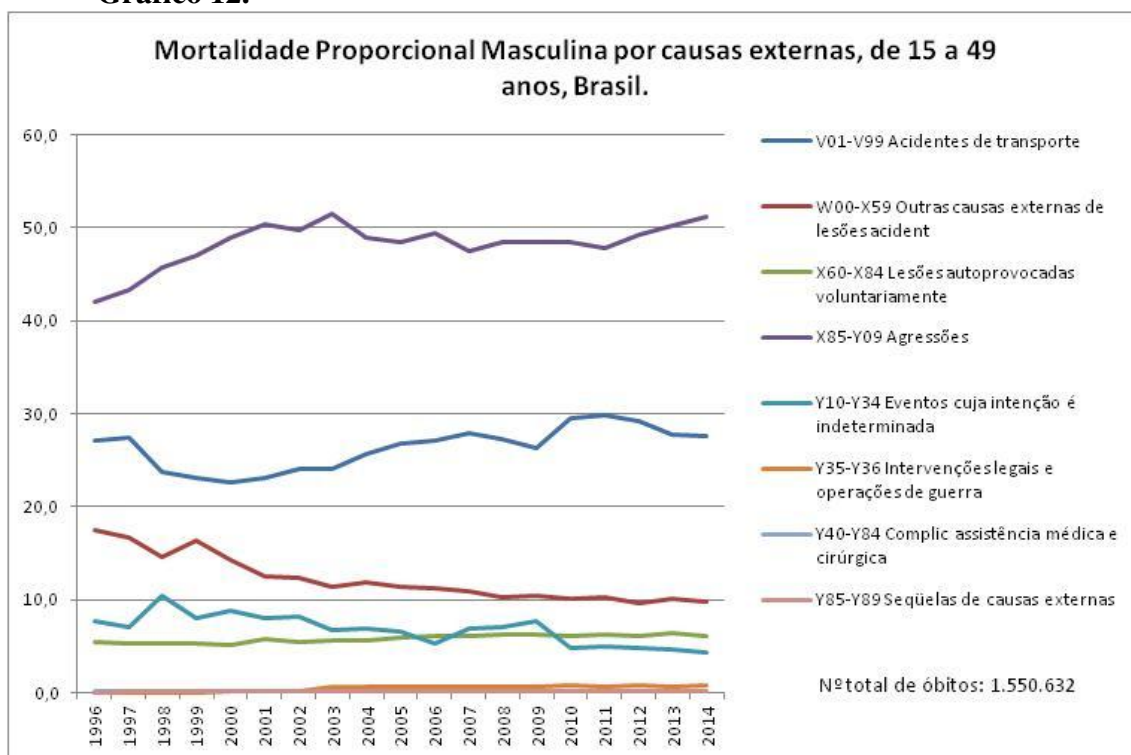
A segunda causa de morte proporcional masculina por causas externas neste grupo de idade foram os acidentes de transporte, que correspondem a cerca de 30% das mortes no período. As agressões correspondem a 30% das mortes proporcionais femininas.

A terceira causa de morte por causa externa masculina também é diferente da feminina, as mortes por outros tipos de acidentes representaram inicialmente 17,5% dos óbitos decrescendo até 10%, em 2014. No caso feminino, a terceira causa de morte inicialmente também eram os “demais acidentes” com 17% da proporcionalidade, mas decaiu para a quarta posição em 2001, revezando posição com as agressões autoprovocadas (os suicídios), 12%, causa que cresce desde então no caso feminino ocupando a terceira posição com proporcionalidade crescente até 2014, quando alcança 12,5% das causas e os demais acidentes decrescem para 10%. Os suicídios na mortalidade masculina têm proporcionalidade constante de cerca de 6% em todo o período estudado.

Como assinalado anteriormente, as “Demais causas de acidentes” tem relação com os acidentes de trabalho, tendo forte relação com a fase economicamente ativa em que se encontram tanto mulheres como homens deste grupo de idade.

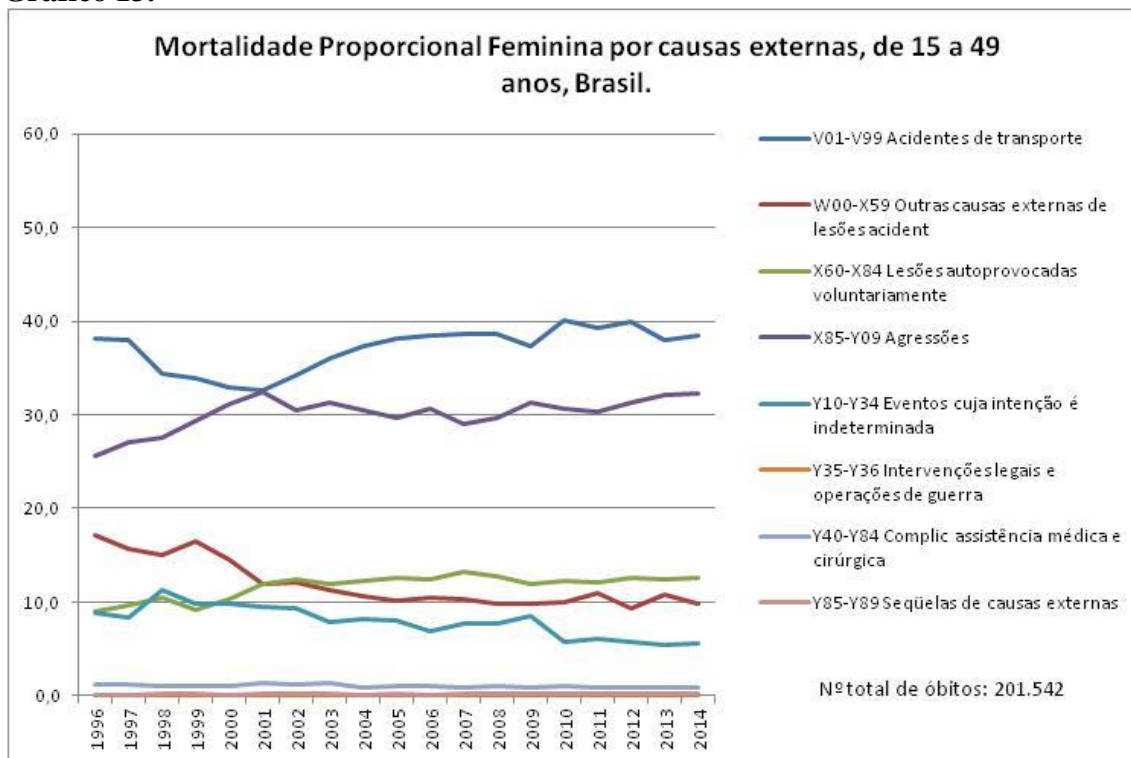
Como pode ser visto no Gráfico 8, as agressões também são causa importante de morte no caso feminino, ocupando a segunda causa mais importante dentre as causas externa neste grupo de idade

Gráfico 12.



Fonte: SIM/DATASUS/MS, 1996-2014, BRASIL.

Gráfico 13.



Fonte: SIM/DATASUS/MS, 1996-2014, BRASIL.

c) 50 anos e mais

No período estudado de 1996 a 2014, o Brasil contabilizou 403.547 óbitos masculinos e 162.598 óbitos femininos de causas externas no grupo de idade de 50 anos e mais, razão M/F igual 2,5 óbitos.

No caso da população com 50 anos e mais nas mortes masculinas por causa externas masculinas há maior concentração em três causas, na primeira posição estão os acidentes de transporte que se mantêm com proporcionalidade constante em cerca de 32% em segunda posição vêm os outros acidentes com cerca de 29% e como terceira causa temos as agressões com tendência a queda, mas com cerca de 18% da proporcionalidade. As demais causas acabam representando somente 5 a 6% da proporcionalidade. Para a população feminina deste grupo de idade a primeira causa de morte externa são os outros acidentes com inicialmente 40% da proporcionalidade seguindo em queda de 1999 até 2002 quando volta a subir alcançando mais de 50% das mortes em 2014, que no caso desta faixa etária tem forte ligação com as quedas. Em seguida, os acidentes de transporte seguem em queda saindo de 32% em 1996 chegando a cerca de 20% das causas de morte em 2014.

O terceiro grupo mais importante é composto pelos eventos cuja intenção é indeterminada, com percentual inicial de 9% em 1996 e de cerca de 20% em 2002 até 2006, quando finalmente começa a cair chegando a cerca de 10% em 2014.

Essa proporcionalidade deve ser tomada com certa cautela, por conta da mescla entre população adulta de 50 a 59 anos, em idade ativa, e a população mais idosa que compõe o grupo com 60 anos ou mais, incluindo os mais velhos que acumulam doenças crônicas e determinadas incapacidades para as tarefas diárias (Pereira e Alves, 2016). Nesse sentido, vale destacar que quedas fazem parte deste grupo de causas, o que pode também apontar para a negligência de cuidados, e falta de acessibilidade, desafios para o contexto brasileiro que vê sua população envelhecer gradualmente. A população em idades avançadas requer medidas que assegurem condições de vida, com qualidade e segurança, sobretudo para as mulheres que representam maior número neste segmento.

Gráfico 14.

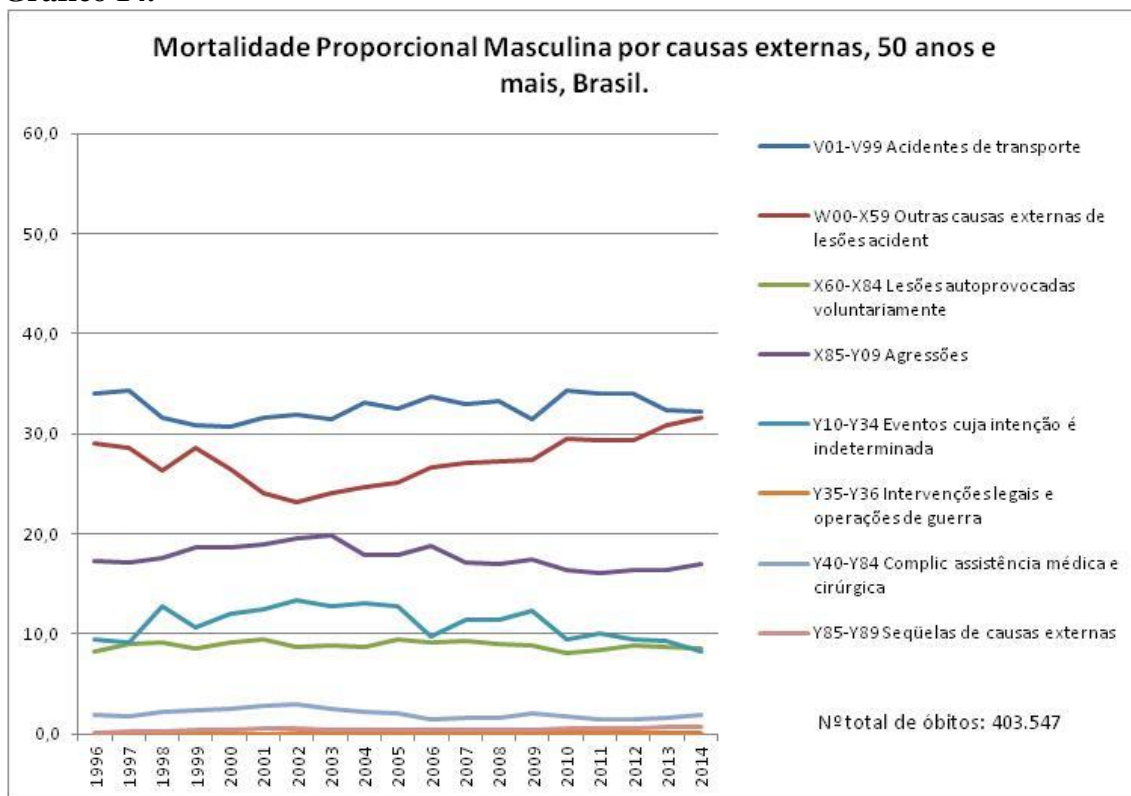
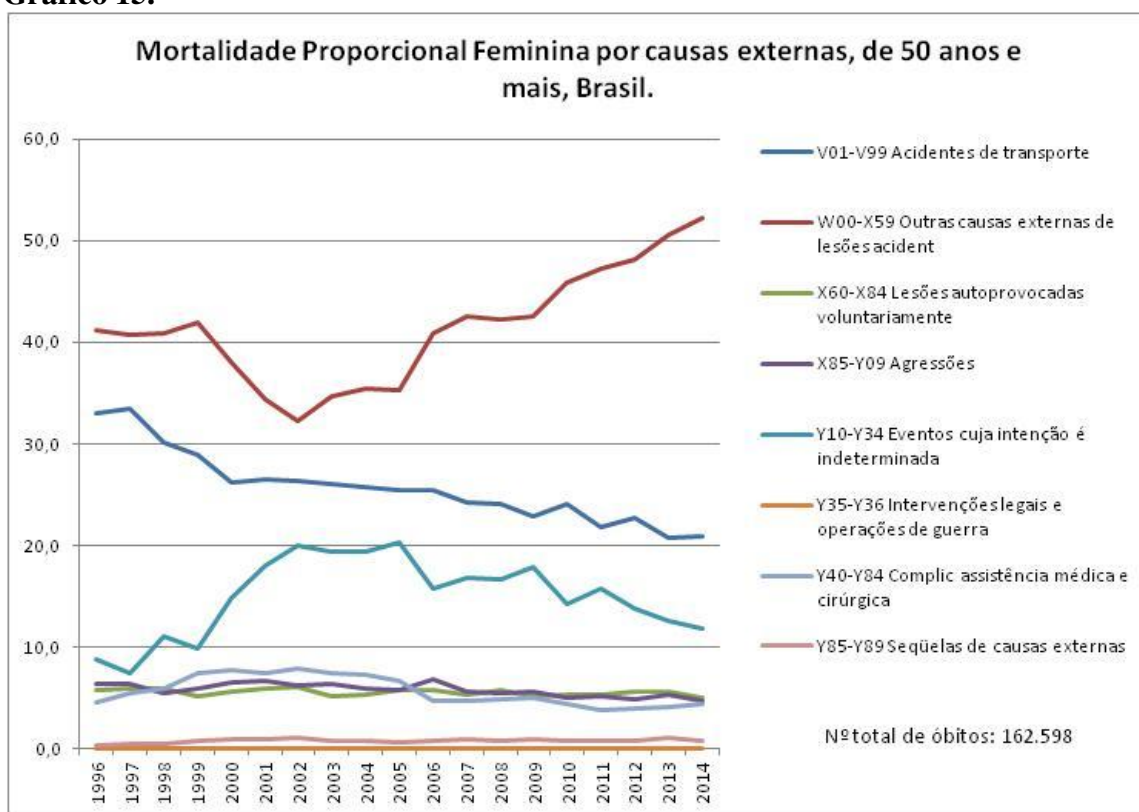


Gráfico 15.



3.1.3 Especificação sobre diferenças nos tipos das agressões, por sexo e grupo de idade

a) 0 a 14 anos

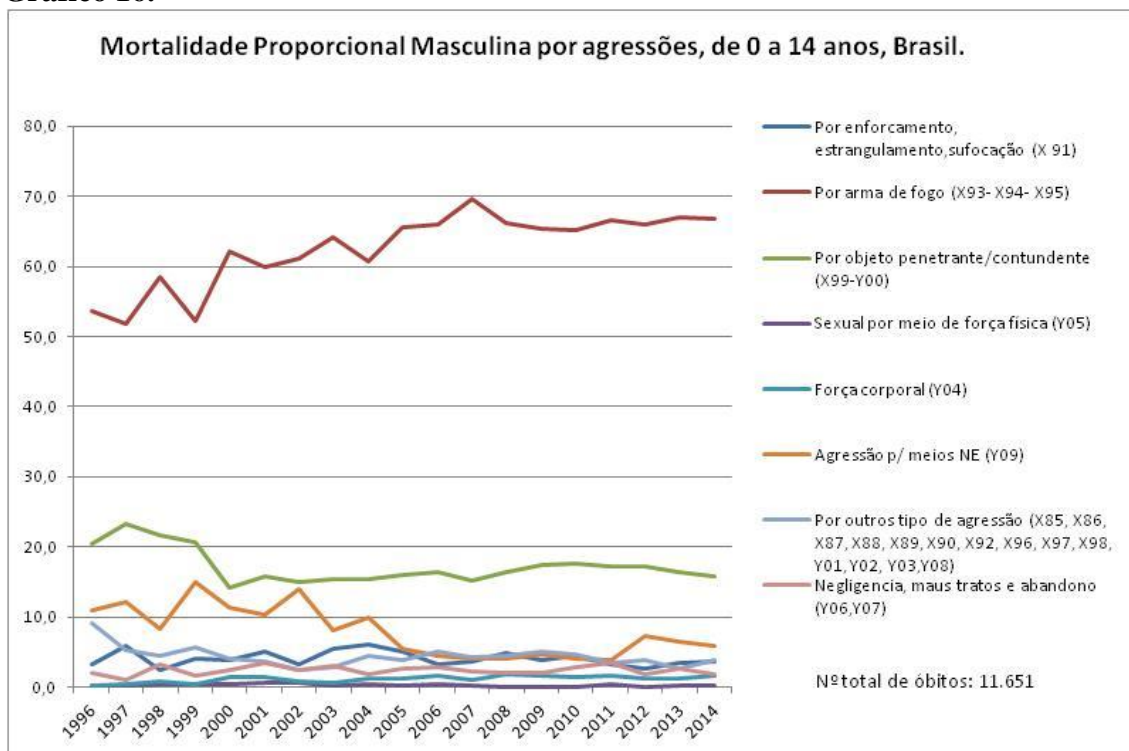
Entre os anos de 1996 a 2014, o Brasil registrou 11.651 óbitos por agressão na população masculina de 0 a 14 anos, e 5.086 óbitos femininos. Razão de mortalidade por sexo igual a 2,2.

Nos Gráficos 16 e 17 são apresentadas as mortalidades proporcionais por sexo e por categoria dentro da causa de morte “agressão”. Podemos observar que no grupo de 0 a 14 anos já encontramos maior concentração das mortes por armas de fogo na população masculina: em 1996 era cerca de 50% das mortes por agressões, chegando a cerca de 70% em 2007, mantendo-se próximo a este patamar até 2014. Como segunda causa das mortes masculina por agressões, estão àquelas impetradas por objeto penetrante ou contundente, com cerca de 20% das causas em tendência decrescente. Como terceira causa temos a “não identificada”, com cerca de 10%, em 1996, e tendência decrescente.

No caso dos óbitos femininos de 0 a 14 anos, a primeira categoria de agressões que aparece também são as por armas de fogo, ocupando entre 40% e 50% das causas deste grupo de idade em todo o período. Em segundo lugar aparecem as mortes por objetos perfurantes ou contundentes com percentual oscilante entre 20% e 30%. Em seguida, aparecem as mortes não identificadas, assim como no caso masculino, mas de tendência oscilante entre 20% e 30% dos óbitos.

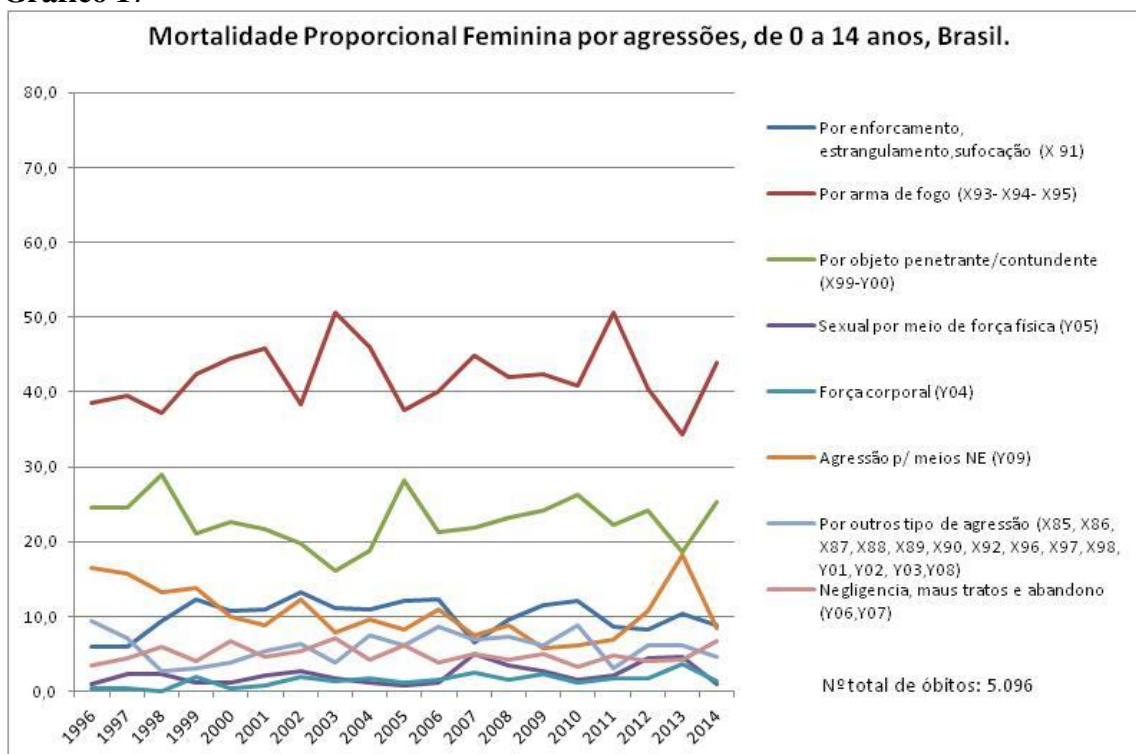
Importante notar que apesar do maior patamar de mortes por armas de fogo para os homens, a sequência das categorias de mortes por agressão é a mesma, guardada as diferenças na proporção, para a população masculina e feminina, neste grupo de idade.

Gráfico 16.



Fonte: SIM/DATASUS/MS, 1996-2014, BRASIL.

Gráfico 17



Fonte: SIM/DATASUS/MS, 1996-2014, BRASIL.

b) 15 a 49 anos

Entre os anos de 1996 a 2014, o Brasil registrou 749.593 óbitos por agressão na população masculina de 15 a 49 anos, e 60.722 óbitos femininos. Razão de mortalidade por sexo igual a 12,3.

Nos Gráficos 18 e 19 são apresentadas as mortalidades proporcionais por sexo e categoria dentro da causa de morte “agressão”. As agressões por armas de fogo representam mais de 50% dos óbitos masculinos e femininos deste grupo de idade. No grupo masculino, este meio está em ascensão saindo de 60% dos óbitos em 1996, passa a representar 70% dos óbitos em 2000 e chega a 77% dos óbitos em 2014. No caso feminino, a porcentagem de óbitos por armas de fogo é de aproximadamente 55% em todo o período estudando com tendência estável.

Em segunda posição aparecem as mortes por objeto perfurante ou contundente, que no caso masculino teve representatividade decrescente próxima aos 20%. Enquanto que no caso feminino a tendência é crescente em torno dos 30%. Esta diferença já encaminha o entendimento sobre as formas de ataque a vida das mulheres.

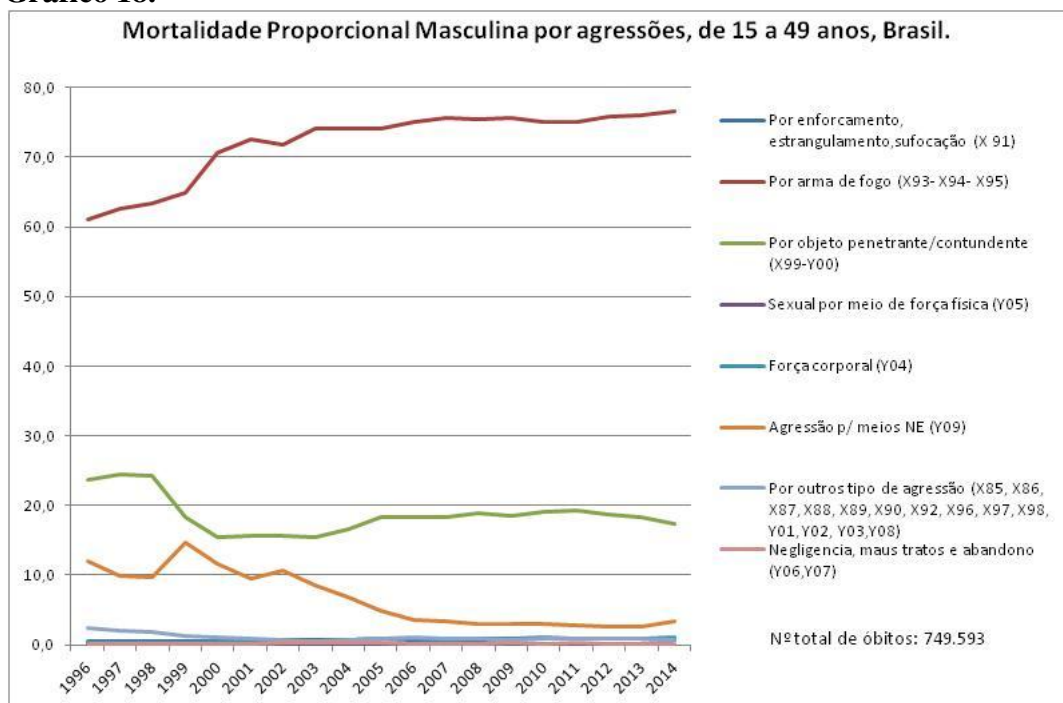
Em terceiro lugar estão as mortes por agressões de meio não identificado, que constituem tendência de queda em ambos os sexos. Os óbitos masculinos por agressões não identificadas saem de um percentual de 12% em 1996, passam a 15% em 1999, quando iniciam a tendência de queda que chega a 3% em

. Essa estatística tem forte relação com a melhora no registro dos homicídios pelo instituto médico legal, em um período no qual se inicia no Brasil uma forte demanda por entender o incremento da mortalidade masculina por violência e armas de fogo. Também é pertinente notar que a queda da proporcionalidade de óbitos não identificados teve como um dos seus efeitos no caso masculino o aumento da concentração de outros óbitos por armas de fogo.

No caso da mortalidade feminina, pode ser observada inicialmente que se situou na terceira posição dos óbitos não identificados, que em 1996 representaram 13%, subindo até 16% em 1999 quando decaiu chegando a representar 4% das mortes por agressão em 2014. Importante notar que, diferente do caso masculino, o óbito por enforcamento, estrangulamento, sufocação chegam à terceira posição em 2007, quando passam a representar entre 4% e 5% das causas de morte por agressão. Podemos

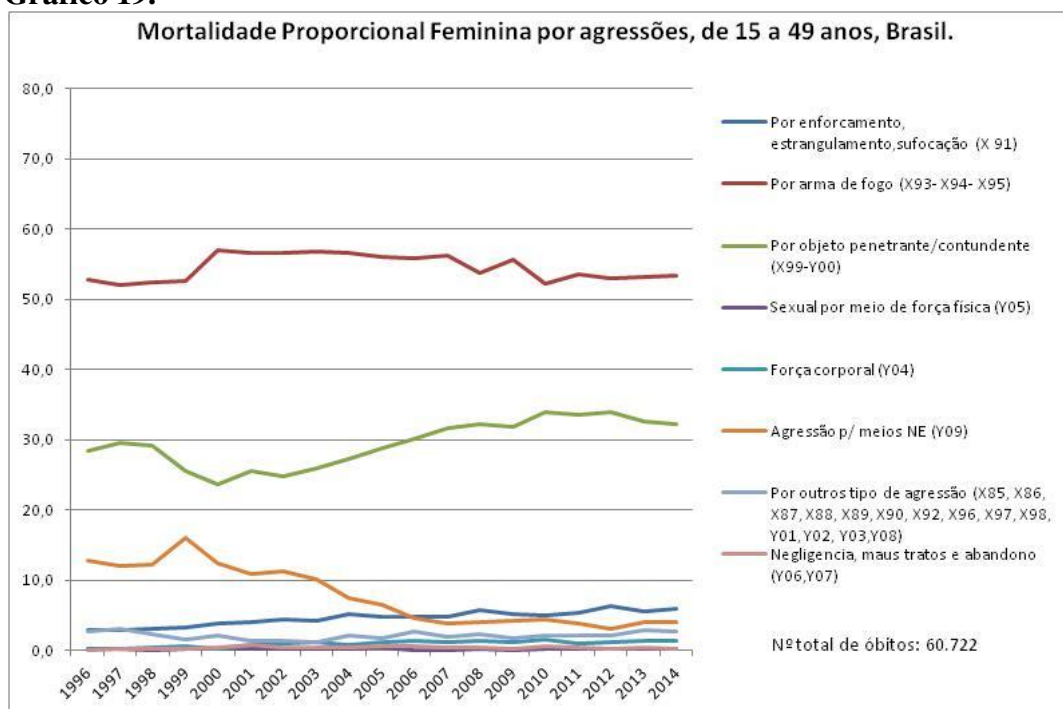
entender que a diminuição dos óbitos não identificados impactou no aumento proporcional de óbitos por objetos contundentes e perfurantes e no próprio aumento das causas de enforcamento, estrangulamento e sufocação, pois as mortes por armas de fogo obtiveram percentual constante em aproximadamente 80% .

Gráfico 18.



Fonte: SIM/DATASUS/MS, 1996-2014, BRASIL.

Gráfico 19.



Fonte: SIM/DATASUS/MS, 1996-2014, BRASIL.

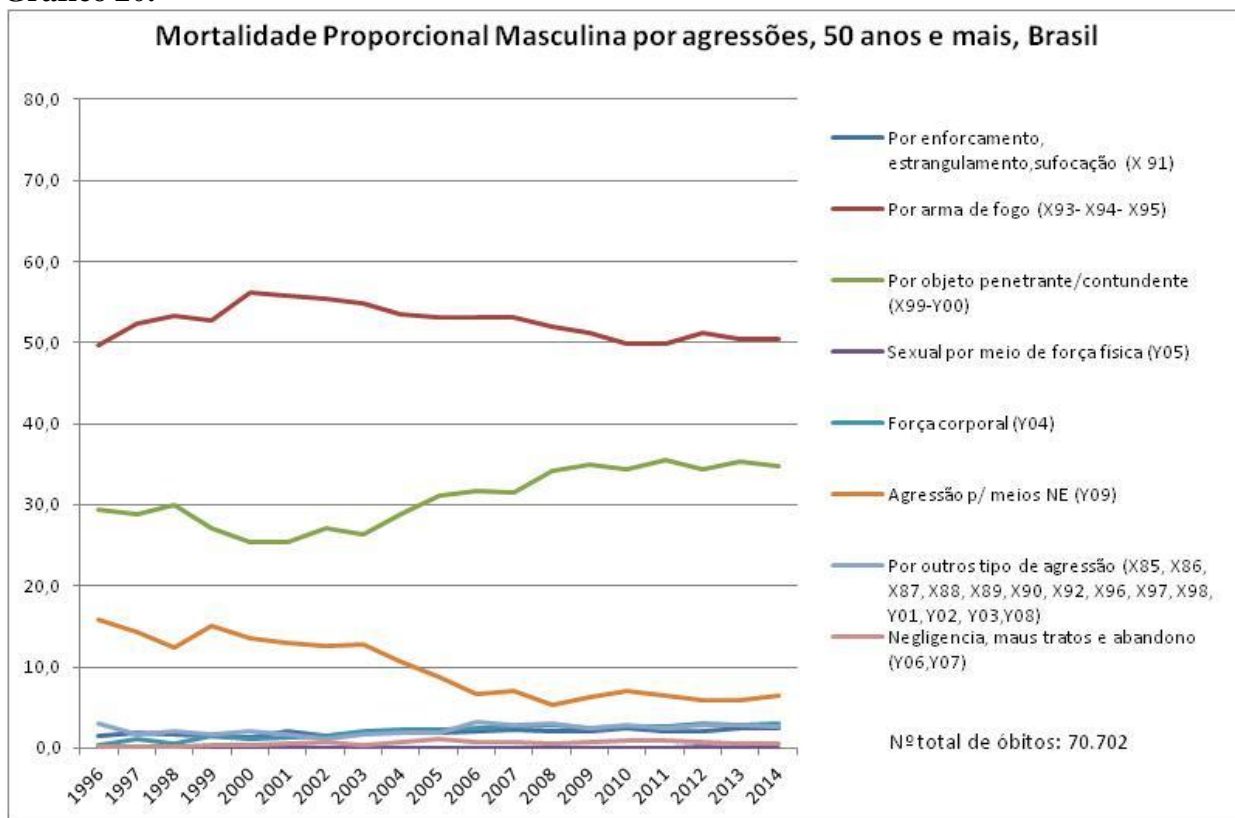
c) 50 anos e mais

Entre os anos de 1996 a 2014, o Brasil registrou 70.702 óbitos por agressão na população masculina de 50 anos e mais, e 9.216 óbitos femininos. Razão de mortalidade por sexo igual a 7,7 óbitos.

Nos Gráficos 20 e 21 são apresentadas as mortalidades proporcionais por categoria de agressão da população feminina e masculina com 50 anos e mais. No caso masculino a primeira categoria de morte por agressão foi a morte por armas de fogo, que representaram cerca de 50% desta mortalidade. Em segundo lugar aparecem as agressões por objeto penetrante ou contundente, que representavam cerca de 30% das mortes em 1996 com queda de dois pontos percentuais de 1999 a 2005, quando voltam a crescer chegando a 35% das causas de morte em 2014. Em terceiro lugar aparecem as mortes por agressões por meios não identificados em tendência decrescente de 16% em 1996 para 6% em 2014.

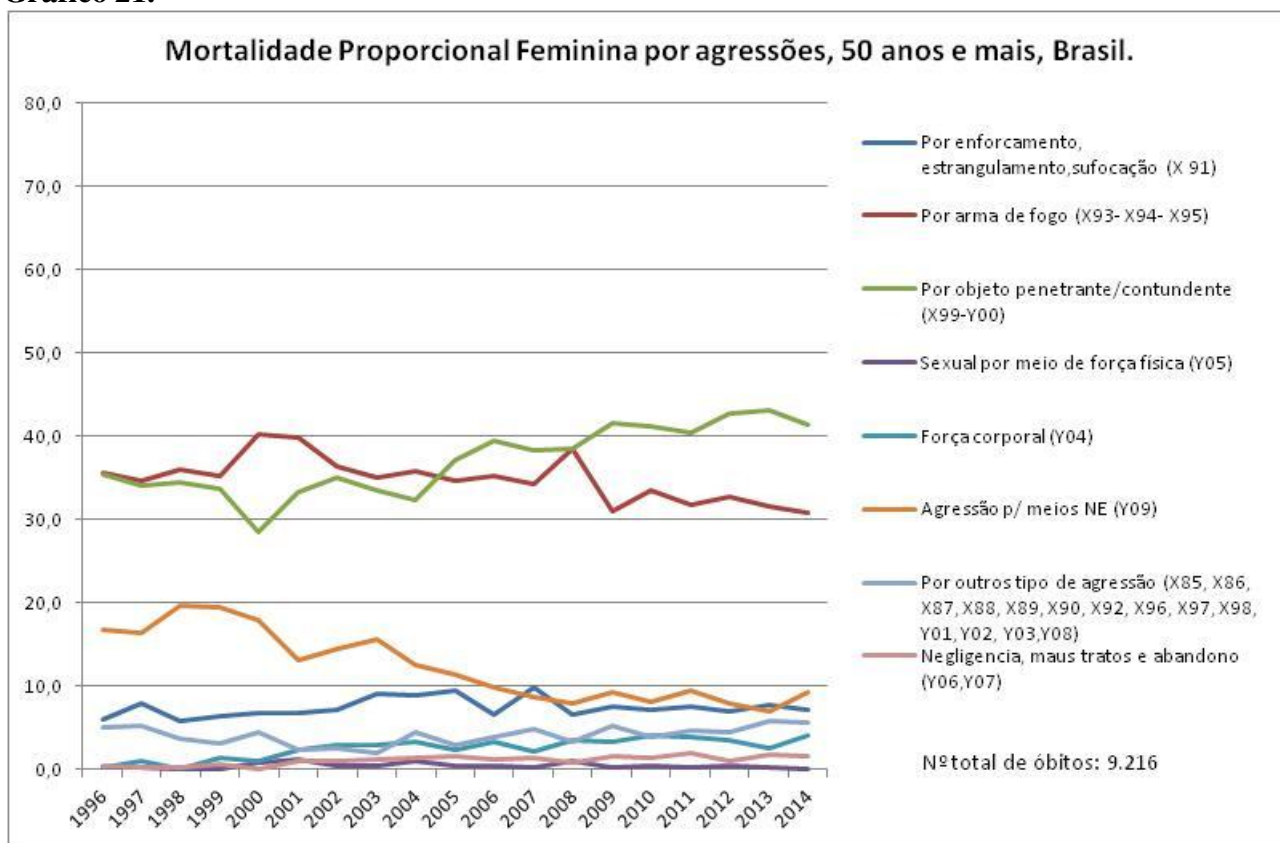
No caso feminino, a primeira categoria de morte proporcional por agressão é dividida entre as causas por armas de fogo e por objetos perfurantes ou contundentes, em 1996. Os dois tipos dividiam importância e ambos se apresentam com o percentual de 35,4% das causas de morte, de 1997 a 2005. As armas de fogo oscilam por volta dos 40% da causa das mortes por objetos contundentes a cerca de 30% das mortes, quando esta começa a assumir a primeira posição, chegando a representar cerca de 40%, em 2014, das causas e as armas de fogo a segunda posição com cerca de 30% da morte. Em terceira posição aparecem, em 1996, as mortes por agressões não identificadas com cerca de 20% dos óbitos, esta proporcionalidade vai caindo gradualmente até chegar aos 10% em 2014.

Gráfico 20.



Fonte: SIM/DATASUS/MS, 1996-2014, BRASIL.

Gráfico 21.

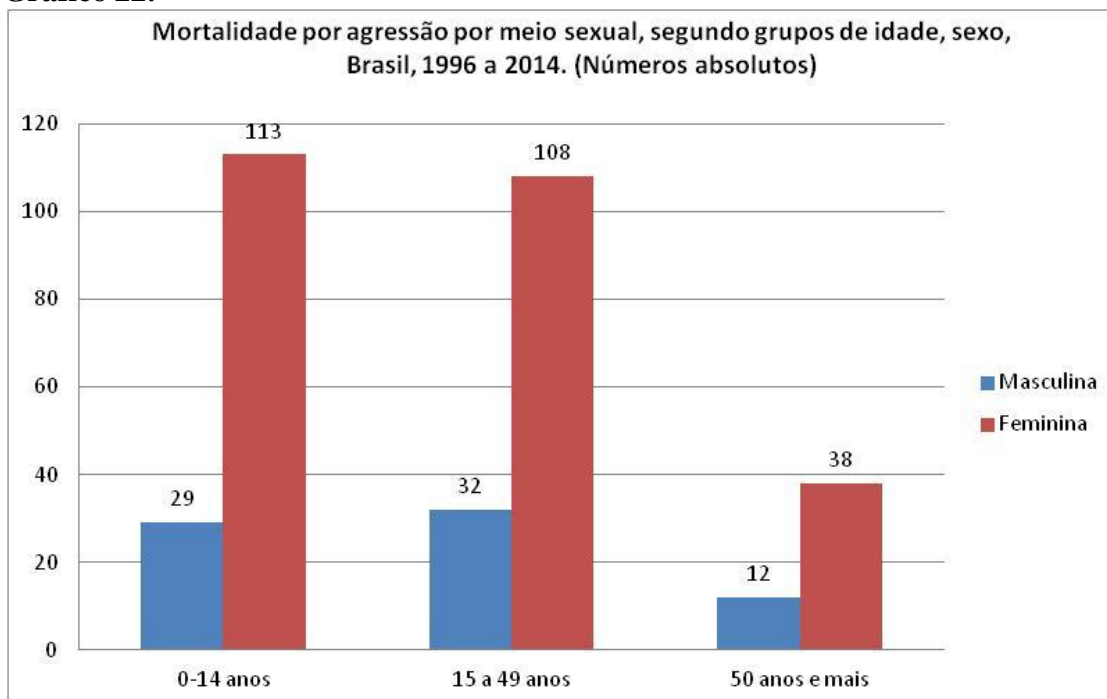


Fonte: SIM/DATASUS/MS, 1996-2014, BRASIL.

3.1.4 Agressão sexual por meio de força física: a diferença por sexo e grupo de idade

Como pode ser observada no Gráfico 22 a seguir, a maior parte das pessoas que morreram por agressão sexual foram mulheres de 0 a 49 anos no período estudado de 1996 a 2014. No total houve 73 óbitos masculinos e 259 óbitos femininos na categoria com razão de sexo de 0,3 óbitos. Ou seja, a concentração deste tipo de morte é na população feminina, representando para os fins destas análises os feminicídios sexuais.

Gráfico 22.



Fonte: SIM/DATASUS/MS, 1996-2014, BRASIL.

3.2. Violência reprodutiva: especificidade da mortalidade feminina

As mortes maternas são em grande parte evitáveis e exclusivas de mulheres, isso se dá por inúmeros motivos, entre eles a incidência de políticas de controle da reprodução feminina como no caso da restrição ao aborto no sistema público de saúde, e a fatores referentes ao acesso à saúde por parte das mulheres gestantes, como o acesso ao pré-natal e outros acompanhamentos médicos.

Nesta tese, observa-se especialmente a morte por aborto como tipo de morte que pode ser interpretada dentro da concepção de feminicídios de tipo reprodutivo, segundo

o entendimento dos fatores da opressão ao feminino através de políticas de Estado e sua relação com a mortalidade da mulher, violência institucional contra mulheres.

A morte por aborto é ocasionada pela complicação no processo de interrupção da gravidez, a interrupção pode acontecer de forma espontânea ou voluntária. A forma voluntária de aborto é considerada crime contra a vida no Brasil, com exceção para os casos previstos por lei: quando feto foi concebido como resultado de estupro (a apresentação do Boletim de Ocorrência policial é recomendável e não mais obrigatória desde Norma técnica de 2005)²⁷ e gravidez que acarrete risco de vida para a mulher, segundo Código Penal de 1940, artigo 121 e 124. A criminalização do aborto acarreta em adoecimentos e mortes evitáveis de mulheres, já que ela não impede que mulheres por diversas motivações pratiquem o aborto.

Segundo Ventura (2006), a manutenção do aborto voluntário como crime está na contramão dos avanços conquistados pelas mulheres brasileiras nas últimas décadas e desrespeita a garantia dos direitos sexuais e reprodutivo das mulheres. A autora aponta para o fato da Norma do Estado incidir diretamente na restrição da liberdade reprodutiva feminina. Por outro lado, Ventura (2006) elenca uma gama de projetos de lei postos em votação desde os anos 1980 visando à alteração dos dispositivos punitivos ao aborto, porém entre eles também vieram projetos que privilegiavam a proteção do direito do nascituro em detrimento as garantias dos direitos fundamentais das mulheres, como o direito à liberdade, à saúde e ao de não sofrer tratamento desumano ou degradante (Ventura, 2006: 181).

Ventura (2006) considera a criminalização do aborto voluntário “a condenação da mulher, sem o devido processo legal, ao risco ordinário e extraordinário de uma gravidez, bem como a uma relação forçada com alguém que não deseja durante toda a sua vida”, visto que o ato de levar uma gravidez até o fim é um processo de risco de vida, sobretudo quando esta é indesejada e a obrigatoriedade da maternidade demonstra que os riscos e os custos da reprodução recaem somente no corpo das mulheres (VENTURA, 2006: 182).

No processo de luta internacional pelos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, desde as conferências de Cairo (1994) e Pequim (1995) pode-se perceber

²⁷ Norma técnica para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Ministério da Saúde. Brasília, 2005.

indicativos nos seus protocolos a existência de recomendações alertando sobre os efeitos da criminalização do aborto e sobre a necessidade dos Estados, que tenham legislações punitivas, para reformularem o tratamento dado ao aborto, deslocando assim o foco das ações do campo criminal para o entendimento da questão dentro da perspectiva da saúde pública e ligado aos desafios para superar as desigualdades de gênero (VENTURA: 181-182).

A Constituição Federal de 1988 não prevê que a proteção à vida comece desde a concepção, o que poderia ter resultado na exclusão do aborto do Código Penal em uma possível reformulação pós-constituente, pois dentro deste quadro, o feto não teria status de pessoa acarretando no fato do “grau de proteção dado pelo sistema legal não pode ser o mesmo dado à pessoa humana, o que implicaria na violação da dignidade da mulher na sua qualidade de pessoa” (VENTURA, 2006: 183).

Diversos esforços legislativos foram propostos para a redução das desigualdades de gênero, especialmente, para a redução da mortalidade e morbidade feminina entre eles a CPIs de 1991 e 2001 sobre o tema da esterilização compulsória e da alta incidência de mortes maternas, nas quais tiveram destaque o peso considerável do aborto nas mortes maternas e o caráter perverso que o não acesso aos insumos e serviços de saúde reprodutiva tem em relação à mulher. Foi revelado através destas CPIs o grande impacto do aborto na saúde da mulher e a maior incidência de mortes por aborto na população pobre e negra do país (VENTURA, 2006: 183).

Nesse ínterim, como estratégia de redução da mortalidade materna e agravos da saúde sexual e reprodutiva, foram elaboradas normas sanitárias de acesso ao aborto permitido por lei e à assistência às mulheres que se submeteram ao aborto ilegal e inseguro. Iniciativas que foram tomando volume e formando concretamente o Programa de Assistência Integral da Saúde da Mulher de 1984, o qual teve ampla participação do movimento feminista e sanitário para sua criação e que finalmente entra em pleno funcionamento em 2003 com a criação da Secretária Especial de Políticas para as Mulheres (SPM). As demandas do 1º Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, de 2004, e o desempenho da Comissão Tripartite para revisão da legislação punitiva que trata da interrupção voluntária da gravidez, em 2005, composta por governo, sociedade civil e Congresso Nacional, coordenado pela SPM, resultaram em relatório que indicava a necessidade de mudanças na legislação para a legalização do aborto até o 12º mês de

gestação e em outros casos previstos. O trabalho foi incorporado ao Projeto de Lei 1.135/91 (VENTURA, 2006; FEGHALI, 2006).

O aborto em caso de malformação fetal entra decisivamente em questão e aquece os debates públicos sobre a possibilidade das mulheres acessarem o direito ao aborto legal também nestes casos, implicando a inconstitucionalidade da incidência do Código Penal nestes casos. A constitucionalidade do aborto nestes casos foi levada a julgamento pelo Supremo Tribunal Federal, embora naquela época já houvesse julgamento exitosos em prol do direito da mulher nos tribunais inferiores. Certo que a maioria das vozes contrárias a essas decisões vieram de segmentos dos movimentos sociais conservadores, sobretudo dos religiosos (FEGHALI, 2006; VENTURA, 2006).

De 1993 até 2006, mais de 3.000 alvarás judiciais em casos de anomalias fetais incompatíveis com a vida foram concedidos no Brasil [...] O que poucas pessoas conhecem é que os chamados erros de fechamento do tubo neural (EFTN), entre os quais se incluem a anencefalia, exencefalia e as raquisquises graves, representam apenas 70% dos casos de concessão de alvará judicial para a interrupção de gravidez. Nos casos restantes, encontram-se trissomias 13 e 18, agenesia renal bilateral, malformações múltiplas complexas e cardiopatias graves como a hipoplasia de ventrículo esquerdo com anomalias valvares e de grandes vasos da base do coração [...] a Interrupção Seletiva da Gestação (ISG) não se limita à anencefalia (GOLLOP, 2006: 76-77).

Atualmente esta discussão ressurgiu devido aos casos de mulheres gestantes afetadas pelo Zika vírus e a possibilidade de aborto em caso malformação fetal de tipo microcefálico. Segundo Gollop (2006) “a ultrassonografia pelo estudo morfológico do feto é responsável por 50% dos diagnósticos de anomalias fetais [...] o diagnóstico de anencefalia pode ser realizado já na 12ª semana de gravidez [...] a grande questão é que a mulher inicia o pré-natal na rede pública em períodos muito avançados da gestação, dificultando o diagnóstico e esse é um problema de saúde pública e não da mulher”. Esta é uma questão atual e implica na saúde de mulheres pobres e negras que não têm acesso pleno à saúde sexual e reprodutiva e conseqüentemente acabam descobrindo a malformação fetal já em estágios avançados da gravidez impedindo inclusive a opção pelo aborto legal caso fosse conquistado. Se existisse distribuição igual dos recursos de saúde e justiça, muitas destas gestantes poderiam ao menos decidir sobre a continuidade

ou não da gestação de um feto com baixa probabilidade de sobrevivência e ao decidir pela interrupção correria baixos riscos de vida (Gollop, 2006: 74).

O Estado punitivo na liberdade reprodutiva das mulheres em última instância produz as condições sociais desfavoráveis que geram as mortes por aborto. Desta forma, a ilegalidade da interrupção leva mulheres a se submeter a formas inseguras de aborto o que causa sequelas e mortes, como veremos a seguir, que representam uma forma indireta e institucional de feminicídio, por motivo do impacto de leis restritivas das escolhas reprodutivas das mulheres, representando o feminicídio reprodutivo.

De acordo com as definições da CID-10, os óbitos maternos incluem as mortes de mulheres que ocorreu “durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”. (RIPSA, 2008)²⁸. Sendo assim, as mortes maternas incluem, além dos óbitos classificados no Capítulo XV da CID-10 "Gravidez, Parto e Puerpério", as mortes causadas pelo HIV (B20-B24), desde que a mulher esteja grávida no momento da morte ou tenha estado grávida até 42 dias antes da morte; necrose pós-parto da hipófise (E23.0); osteomalácia puerperal (M83.0); tétano obstétrico (A34); e transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (F53). “A CID-10 estabelece ainda o conceito de morte materna tardia, decorrente de causa obstétrica, mas ocorrida após os 42 dias e menos de um ano depois do parto (código O96). Inclui também o conceito de morte materna por sequela de causa obstétrica direta, quando ocorrida um ano ou mais após o parto (código O97)”. (RIPSA, 2008).

Na tese são apresentadas as principais causas de morte maternas das mulheres nas três faixas estudadas. É importante reconhecer que tanto para a faixa das mulheres de 14 anos e menos e para as de 50 anos e mais, a gravidez é um evento mais raro, porém não deixa de ocorrer e também apresentar seu perfil de mortalidade materna ao longo dos anos estudados.

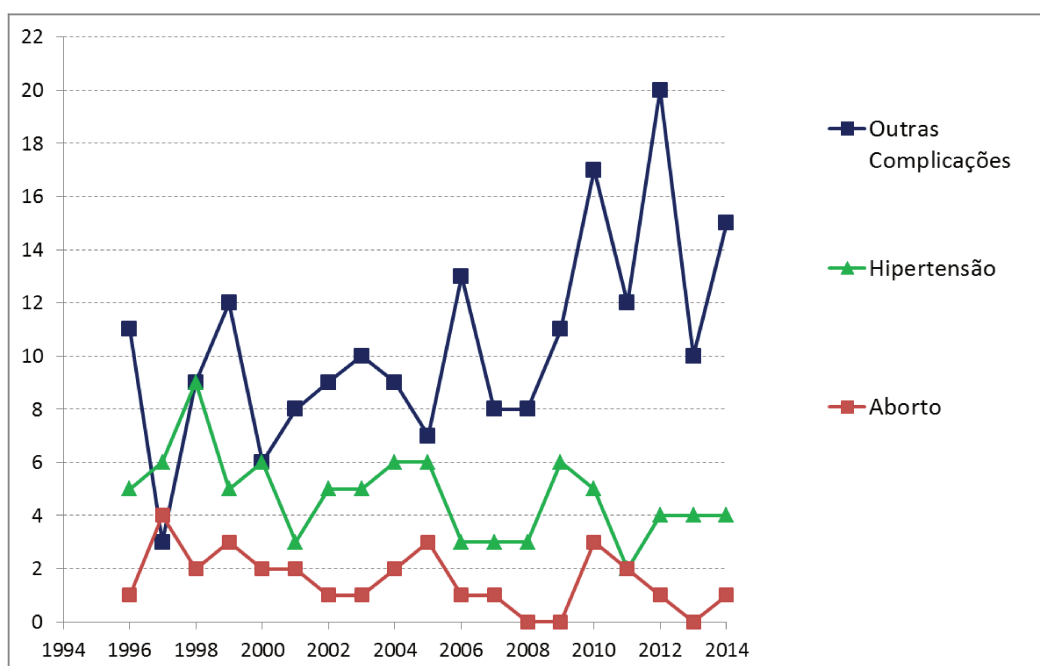
²⁸ <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc06.htm>

a) 0 a 14 anos

Segundo Vega (2009), verifica-se que as gestações de mulheres com menos de 20 anos têm diminuído, porém a gestação de meninas com 14 anos e menos têm permanecido com patamar constante de partos e com tendência ao crescimento (VEGA, 2009). Da mesma maneira, a quantidade de óbitos por causa materna também teve seu perfil constante nesta faixa etária com tendência ao crescimento. As meninas de 14 anos e menos, mais especificamente de 10 a 14, apresentaram o total de 319 óbitos por causas maternas no período de 1996 a 2014, uma média de 16,8 óbitos por ano no período, atingindo o máximo de 26 casos em 2010 e 25 casos em 2012. Para as garotas de 10 a 14 anos, dentre os óbitos por causas maternas, 318 foram classificados no Capítulo XV da CID-10 "Gravidez, Parto e Puerpério", sendo 30 devido a abortos (9,4%) e 90 em decorrência de hipertensão (28,2%) (Gráfico 23 e 24).

A morte de uma menina ou adolescente de menos de 14 anos é muito significativa para entender os aspectos institucionais da violência de gênero e conseqüentemente dos feminicídios, já que este grupo de idade estaria resguardado, perante o Código Penal, pela figura do estupro de vulnerável e poderiam ter recorrido ao aborto legal, por isso estas mortes são formas imbricadas de feminicídios reprodutivos e sexuais.

Gráfico 23: Número de óbitos segundo causas maternas selecionadas. População feminina de 10 a 14 anos. Brasil, 1996 a 2014.

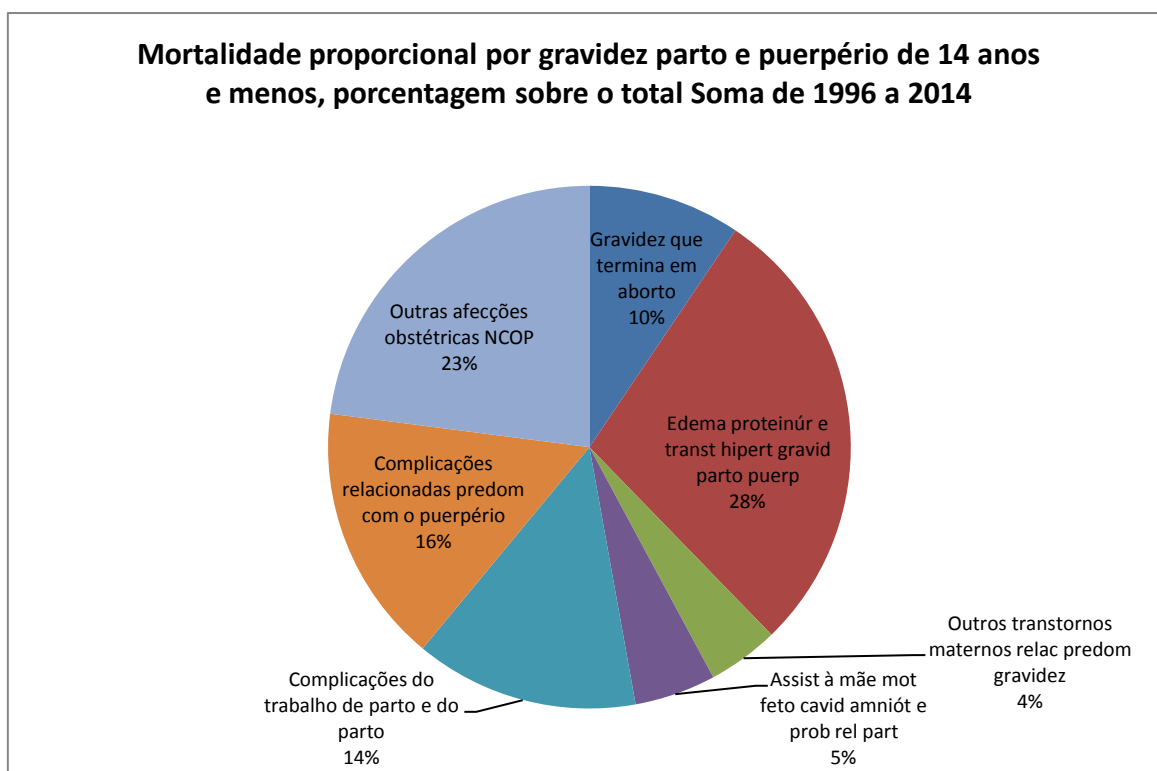


Fonte: SIM/DATASUS/MS, 1996-2014, BRASIL.

No Gráfico 24, pôde-se notar a distribuição percentual do total das mortes inseridas no Capítulo XV da CID-10 entre 1996 e 2014, segundo principais causas. A causa “Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério” representou 28% dos óbitos, a causa “Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte” representou 23%, a causa “Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério” representou 16% das mortes, a causa “Complicações do trabalho de parto e do parto” representou 14%, a causa “Gravidez que termina em aborto” representou 10%, a causa “Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto” representou 5%, e a causa “Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez” representou 4%.

Destaca-se que a questão da hipertensão foi causadora de cerca de 30% dos óbitos neste grupo de idade, o que pode ser relacionado ao estresse para manter uma gravidez na adolescência. O aborto correspondeu a outros 10% dos casos, nível superior ao experimentado por mulheres em idade reprodutiva de 15 a 49 anos, em que o aborto representou 8% das mortes maternas.

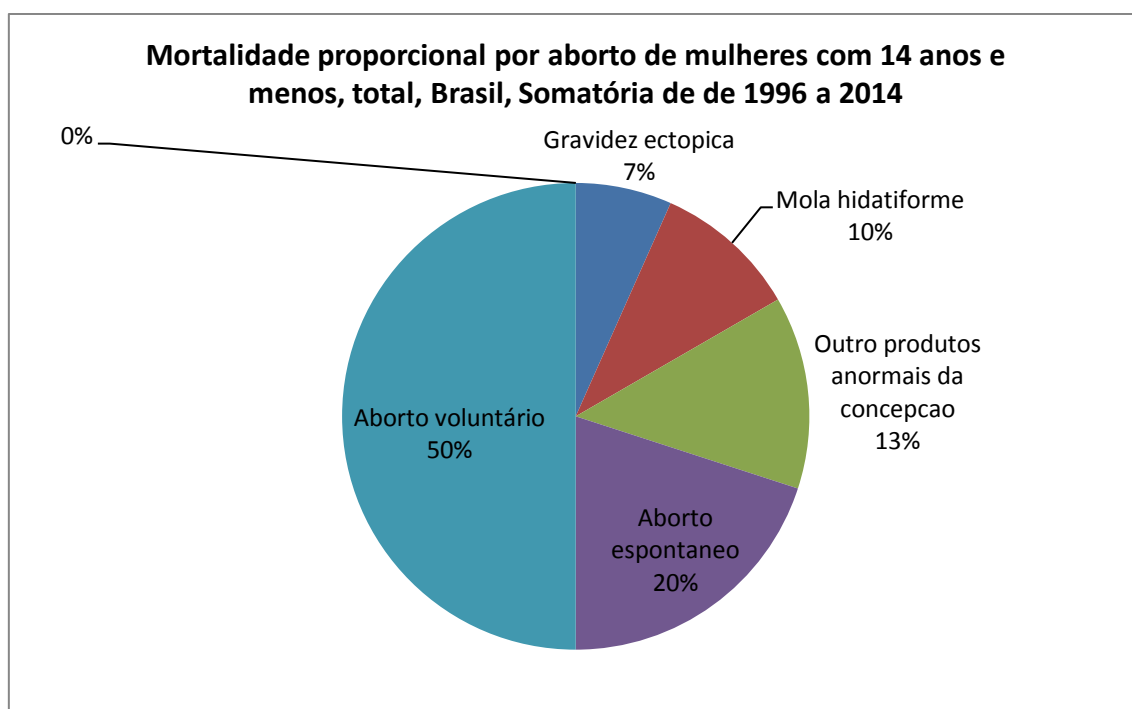
Gráfico 24.



Fonte: SIM/DATASUS/MS, 1996-2014, BRASIL.

No período estudado, de 1996 a 2014, houve o total de 30 mortes por aborto em meninas de 14 anos e menos. Em nenhuma destas mortes o motivo foi o aborto legal ou por indicação médica, como pode ser observado no gráfico abaixo. Em 50% destas mortes por aborto pode-se afirmar que as causas foram o aborto voluntário. Em 20% dos casos foram abortos espontâneos e os outros 30% por causas relacionadas à malformação ou alojamento inadequado do feto. Mais uma vez questões relacionadas ao período da adolescência em que a menina ainda não possui formação fisiológica para levar uma gravidez saudável até o fim, como afirmam diversos estudos sobre o caso.

Gráfico 25.



Fonte: SIM/DATASUS/MS, 1996-2014, BRASIL.

Existe uma contradição implícita nas ocorrências de óbitos maternos deste grupo etário. Por um lado, o Código Penal prevê que manter relação sexual com pessoas de 14 anos e menos seja crime de estupro de vulnerável,²⁹ e prevê, ainda, a possibilidade de aborto legal em casos de gravidez resultante de estupro como direito, por outro lado

²⁹ Artigo 217A do Decreto Lei nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940. Art. 217-A. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos: (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009) Pena - reclusão, de 8 (oito) a 15 (quinze) anos. (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009) § 1º Incorre na mesma pena quem pratica as ações descritas no caput com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência. (Incluído pela Lei nº 12.015, de 2009).

podemos supor que estas meninas não obtiveram este direito, por diversos motivos, o que causou suas mortes, já que efetivamente optaram por não levar estas gravidezes a diante. Pode-se pensar também que talvez nos casos estudados o progenitor tivesse também 14 anos e menos, o que diluiria o argumento da figura penal, porém além de ser um fato duvidoso, pode-se afirmar que a reprodução no caso destes meninos não gerou óbitos e para as meninas sim.

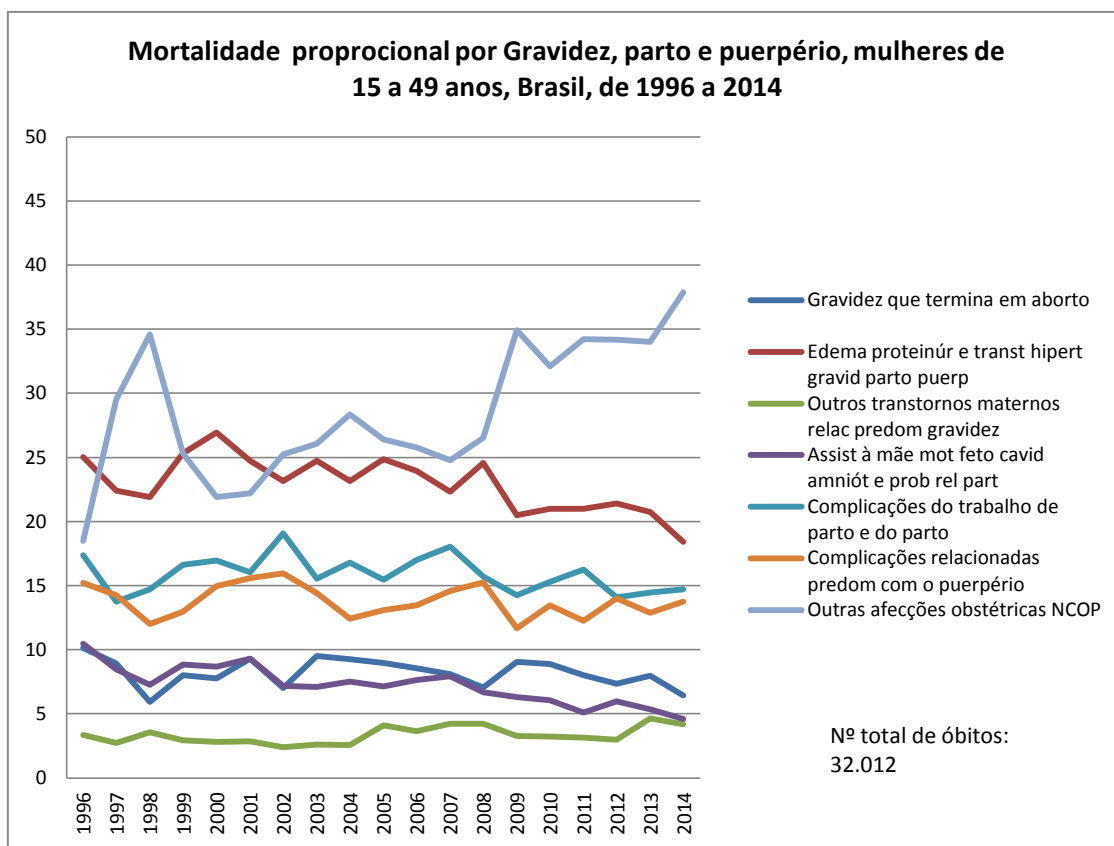
b) 15 anos a 49 anos

No Brasil, no período de 1996 a 2014, morreram 32.012 mulheres de 15 a 49 anos por causas relacionadas diretamente à “Gravidez, parto e puerpério”, classificadas no Capítulo XV da CID 10. Às causas maternas somaram-se ainda 1.054 óbitos devidos à associação da gravidez a infecções por HIV e outras, 3,2% do total de 33.066 mortes maternas registradas no SIM entre 1996 e 2014.

As principais causas de morte proporcional foram as “Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte” e “Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e puerpério”, respectivamente com percentuais crescentes de 18% a 38%, e percentual decrescente de 25% a 18%. A terceira e quarta causa mais frequentes foram as “Complicações do trabalho de parto e do parto” com leve queda de 17% a 14% dos casos, e as “Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério” com média de 14% dos casos, no período estudando. (Gráfico 26)

A “Gravidez que termina em aborto” foi a quinta causa de morte materna entre as mulheres desta faixa etária, responsável em média por 8% dos casos, e um total de 2.616 óbitos.

Os óbitos por “Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto” e “Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez”, representaram a sexta e a sétima causa de morte proporcional de morte materna, respectivamente com queda de 10% a 5% no período e constância de cerca de 5% no período estudado.

Gráfico 26.

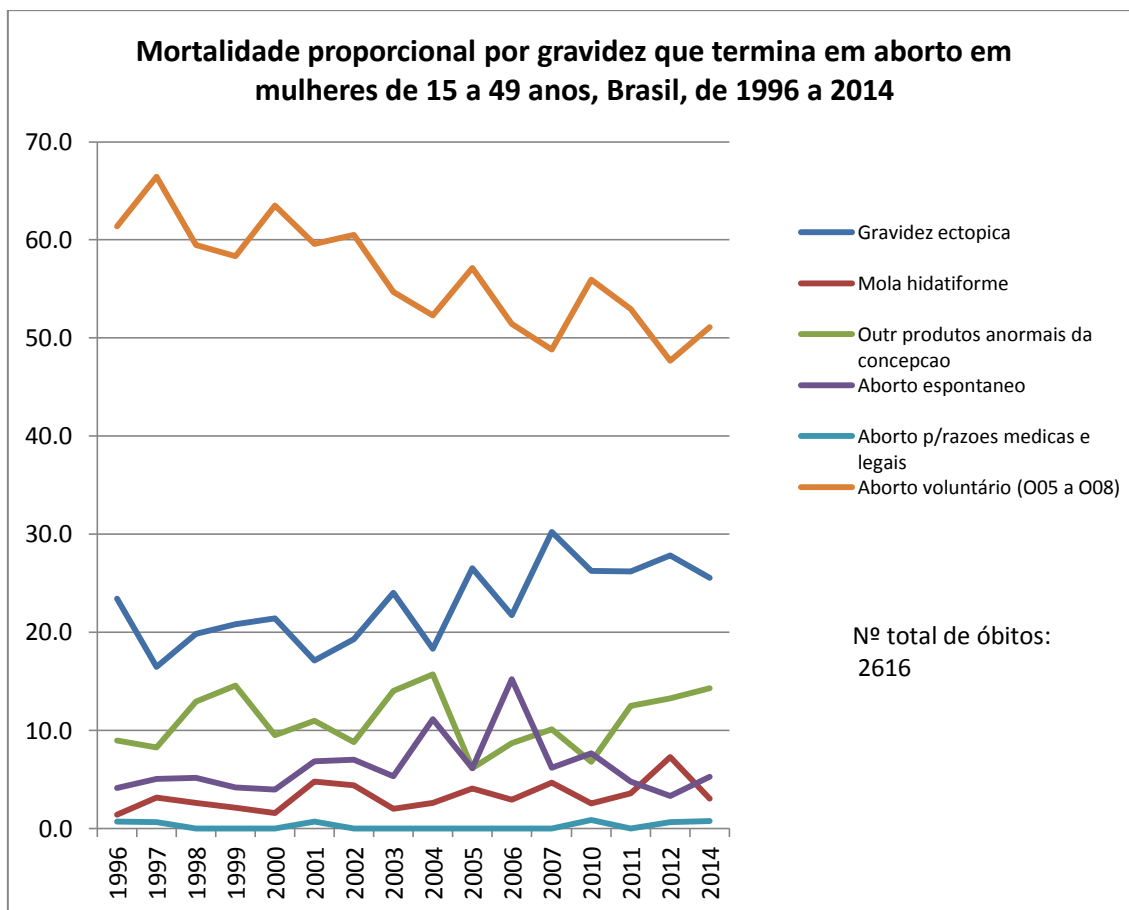
Fonte: SIM/DATASUS/MS, 1996-2014, BRASIL.

Referente ao tipo de morte por gravidez que termina em aborto mais frequente, temos a seguinte distribuição proporcional. A primeira causa proporcional de morte por aborto entre mulheres de 15 a 49 anos foi o “Aborto voluntário (reunião das causas de O05 a O08)” que iniciam na proporção de 61,4% em tendência de queda que chega a 51,1% em 2014.

A segunda causa de morte por aborto foi a “Gravidez ectópica” que parte de 23,4%, em 1996, em tendência ao aumento chegando a 25,6% dos óbitos por esta causa em 2014. A causa “Outros produtos anormais da concepção” foi a terceira causa partindo de 9% em 1996 e chegando a 14,3% em 2014. O aborto espontâneo ocupa a quarta causa de morte por aborto, partindo de 4,1% das causas em tendência crescente para 5,3% em 2014. “Mola hidatiforme” ocupou a quinta causa de morte por aborto saindo de 1,4% em tendência crescente chegando a 3,0% das causas em 2014.

E o “Aborto por razões médicas e legais” não chegou a 1% de todas as mortes durante todo o período estudado, o que reforça a ideia de que quando o aborto é legal não gera mortes de mulheres e a necessidade de revisão da penalização no objetivo de evitar mortes por aborto.

Gráfico 27.



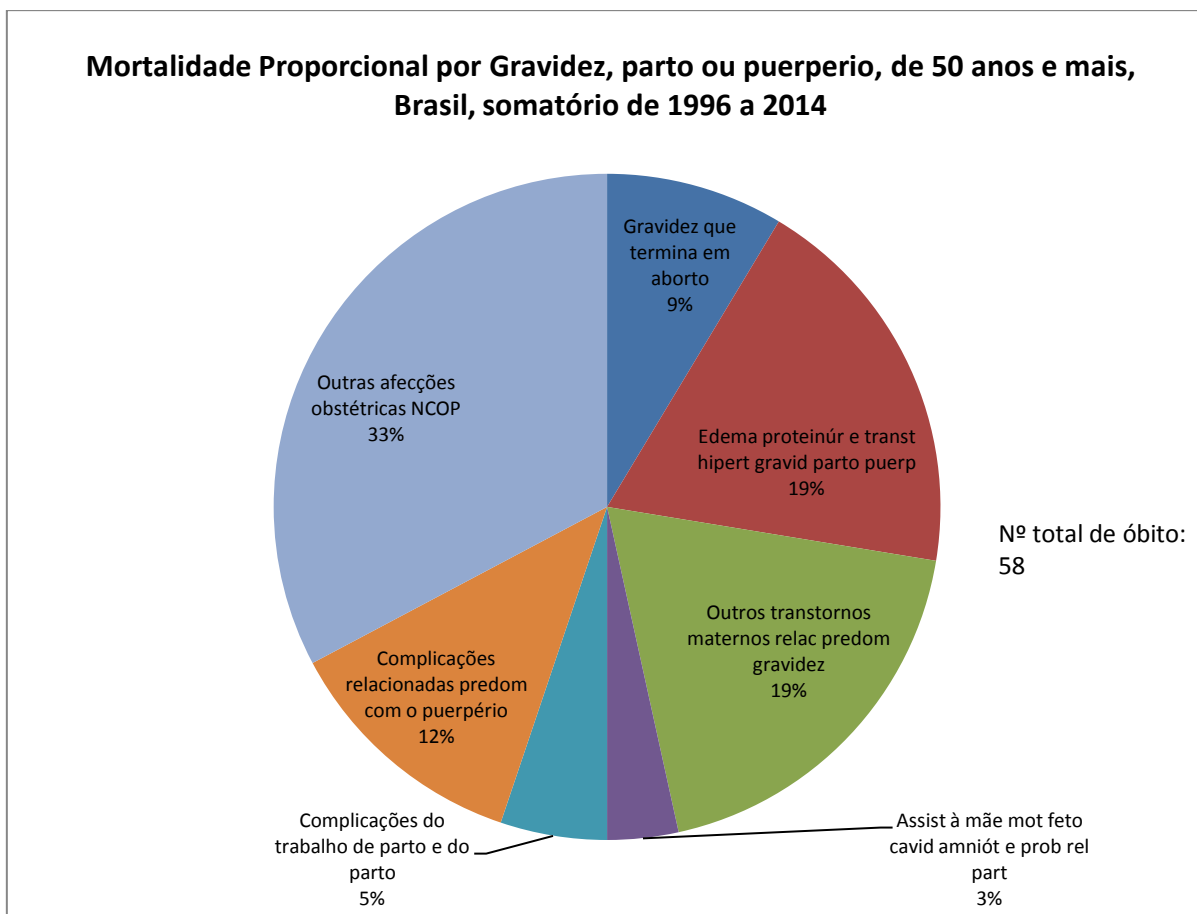
Fonte: SIM/DATASUS/MS, 1996-2014, BRASIL.

c) Mulheres de 50 anos e mais

Como esperado o número de mortes por gravidez de mulheres com mais de 50 anos é muito menor que os averiguados nas outras faixas etárias. No período estudado tivemos o total de 77 óbitos maternos, 58 óbitos (74,3%) classificados no Capítulo XV da Cid-10. No Gráfico 28, podemos notar que a maior parte destas mortes foi causada por “Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte”, com o índice de 33% das mortes. Em segundo e terceiro lugar estão as causas “Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e puerpério” e “Outros transtornos

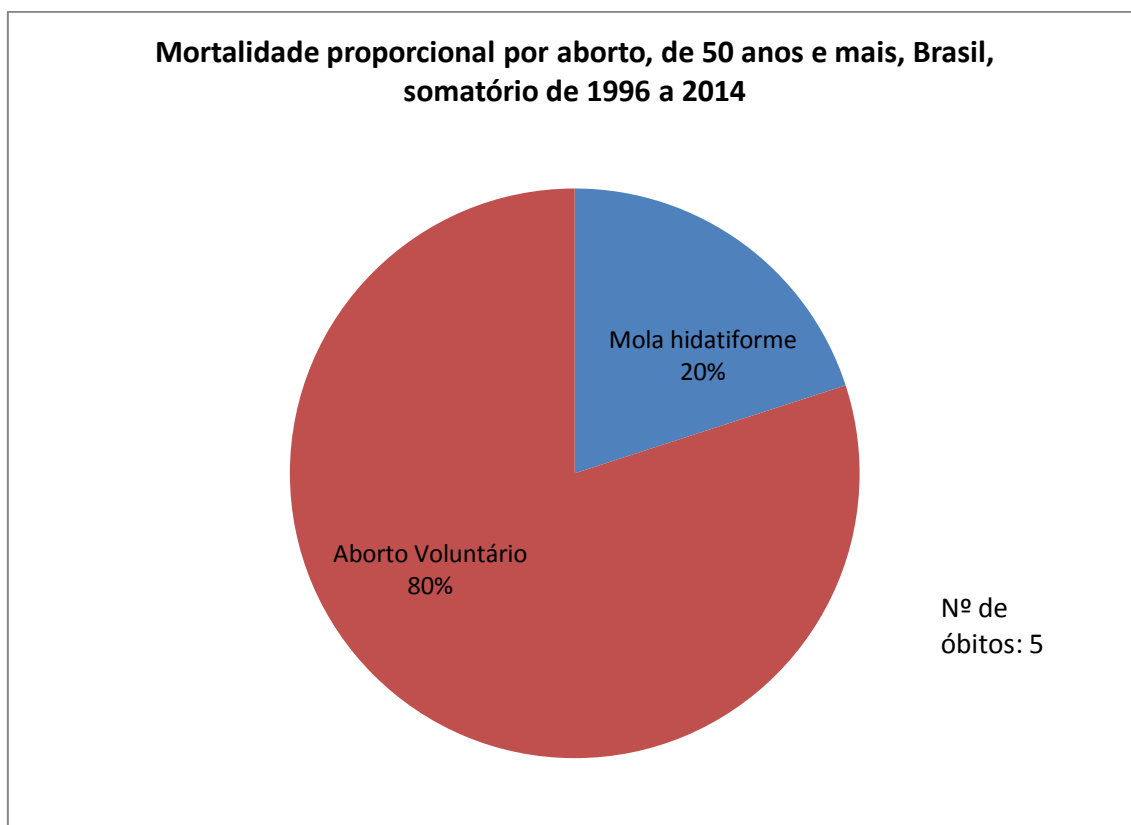
maternos relacionados predominantemente com a gravidez” ambos com 19% cada. As mortes por aborto representaram 9% das mortes. Assim como o caso das meninas de 14 anos e menos, um índice ligeiramente mais alto que das mulheres entre 15 e 49 anos que apresentaram índice de 8% dos óbitos maternos causados por aborto.

Gráfico 28.



Fonte: SIM/DATASUS/MS, 1996-2014, BRASIL.

As mulheres de 50 anos e mais apresentaram um total de 5 óbitos por aborto no período estudado, em que 80% foram causados por aborto voluntário. O que leva a conclusão mais uma vez que o acompanhamento médico destas mulheres evitaria suas mortes. Além disso, independentemente da idade da mulher a garantia do direito reprodutivo delas impacta na redução da sua mortalidade reprodutiva em toda sua vida, não somente na idade considerada reprodutiva.

Gráfico 29.

Fonte: SIM/DATASUS/MS, 1996-2014, BRASIL.

3.3 Diferencial de sexo na mortalidade analisadas através de taxas específicas por sexo e idade

A produção de taxas de mortalidade específica serve para medir o risco de morte para uma população num determinado período de tempo, em geral um ano calendário.

Foram calculadas taxas específicas por causa de morte, grupo etário e sexo, para a população residente. Diferente das tendências longitudinais que foram apresentadas com dados de mortalidade proporcional nas estatísticas anteriores, o intuito desta estatística é demonstrar o risco de morrer segundo sexo e grupo de idade, com o efeito composição populacional controlado, pois pode ser que alguma morte seja mais significativa que outras em respeito a sua respectiva população exposta ao risco. O enfoque é dado ao triênio de 2009-2010-2011 devido à base populacional das taxas ser a população censitária do ano de 2010.

Em última instância, as taxas foram elaboradas para demonstrar quais são as causas mais impactantes para população feminina e masculina, em relação a sua presença na população.

Nota-se que, embora com índices diferentes, as três principais causas de morte em cada grupo etário são as mesmas para a população feminina e masculina nos grupos etários de 0 a 14 anos e de 50 anos e mais, e bem diferenciadas no grupo de 15 a 49 anos, especialmente quanto a ordem de importância das causas, reforçando a necessidade de no caso brasileiro se redobrar atenção ao estudo do grupo de jovens e adultos quanto a maior incidência de desigualdade por sexo.

3.4 Taxa de mortalidade segundo capítulos, sexo e grupos de idade, média 2009-2011

Na Tabela 1 abaixo é apresentada a distribuição das taxas de mortalidade segundo sexo e grupo de idade para o triênio 2009-2010-2011, nelas observa-se que o grupo de 0 a 14 anos, respectivamente por importância do risco por 10 mil habitantes, as causas: “XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal” (taxa feminina: 4,6; taxa masculina: 5,8), “XVII - Malformação congênita deformidade e anomalias cromossômicas” (taxa feminina: 1,8; taxa masculina: 2,0), “XX - Causas externas de morbidade e mortalidade” (taxa feminina: 1,0; taxa masculina: 1,8).

No grupo de 15 a 49 anos, para as mulheres, por importância do risco (por 10 mil habitantes), aparecem as causas: “II - Neoplasias (tumores)” (taxa: 2,7), “IX - Doenças do aparelho circulatório” (taxa: 2,3) e “XX - Causas externas de morbidade e mortalidade” (taxa: 2,1). Para os homens aparecem: “XX - Causas externas de morbidade e mortalidade” (taxa: 16,6), “IX - Doenças do aparelho circulatório” (taxa: 3,5) e “II - Neoplasias (tumores)” (taxa: 2,2).

No grupo de 50 anos e mais, volta o padrão semelhante na ordem das causas, aparecendo: “IX - Doenças do aparelho circulatório” (taxa feminina: 67,7; taxa masculina: 85,11), “II - Neoplasias (tumores)” (taxa feminina: 31,9; taxa masculina: 46,4) e “X - Doenças do aparelho respiratório” (taxa feminina: 24,1 e taxa masculina: 30,4).

Nota-se que as causas externas são a 1ª causa de morte para homens deste grupo de idade e a 2ª causa para mulheres.

Tabela 1 - Taxas de mortalidade (por 10.000 habitantes), segundo causas agrupadas em capítulos da CID 10, por sexo e grupos etários. Brasil, média triênio 2009-2011

Capítulo CID-10	Mortes Femininas			Mortes Masculinas		
	0 a 14	15 a 49	50 ou mais	0 a 14	15 a 49	50 ou mais
I. Algumas infecciosas e parasitárias	0,71	1,02	6,21	0,81	2,05	8,61
II. Neoplasias (tumores)	0,41	2,69	31,94	0,49	2,21	46,38
III. Sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,11	0,13	1,01	0,13	0,17	1,09
IV. Endócrinas nutricionais e metabólicas	0,21	0,51	16,87	0,22	0,63	15,48
V. Transtornos mentais e comportamentais	0,01	0,13	1,36	0,01	0,74	2,95
VI. Doenças do sistema nervoso	0,41	0,29	5,00	0,52	0,52	4,54
VII. Doenças do olho e anexos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,00	0,00	0,02	0,01	0,00	0,02
IX. Doenças do aparelho circulatório	0,24	2,28	67,69	0,25	3,50	85,12
X. Doenças do aparelho respiratório	0,82	0,75	24,12	0,93	1,26	30,37
XI. Doenças do aparelho digestivo	0,14	0,57	8,37	0,17	1,95	14,66
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,02	0,03	0,75	0,02	0,04	0,64
XIII. Sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,03	0,15	0,98	0,02	0,06	0,65
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0,06	0,25	5,05	0,07	0,26	6,03
XV. Gravidez parto e puerpério	0,01	0,32	0,00	0,00	0,00	0,00
XVI. Afecções originadas no período perinatal	4,62	0,00	0,00	5,84	0,00	0,01
XVII. Malformação cong e anomalias cromossômicas	1,84	0,07	0,14	2,01	0,08	0,18
XVIII. Causas Mal definidas	0,50	0,74	13,53	0,61	1,93	18,51
XX. Causas externas	0,97	2,13	5,16	1,78	16,57	14,15
Total	11,09	12,05	188,22	13,88	31,97	249,39

Fonte: SIM/DATASUS/MS, 1996-2014, BRASIL.

Outra possibilidade de entender os diferenciais na mortalidade feminina e masculina é aplicar a razão entre as taxas. Ao relacionar as taxas com referência no sexo feminino se verifica para quais causas a incidência é maior para mulheres. Diferente da comparação anterior na qual se buscava entender a ordem das causas com maior mortalidade, para mulheres e homens, nesta estatística busca-se encontrar as peculiaridades das causas para as mulheres.

Foi possível notar que as mortes pela causa “XIII - Doenças sistema osteomuscular e conjuntivo”, são superiores às masculinas nos três grupos de idade

estudados, sendo a maior diferença em mulheres de 15 a 49 anos. Existem estudos que associam este grupo de enfermidades ao nexo causal do trabalho. Nas mulheres de 0 a 14 anos, encontramos ainda a causa “XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo” (razão igual a 1,11). Nas Mulheres de 15 a 49 anos, a causa “II - Neoplasias (tumores)” (razão igual a 1,22). E nas mulheres de 50 anos e mais, a causa “XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo” (razão igual a 1,17) e também “V - Doenças do sistema nervoso” (razão igual a 1,10).

Tabela 2 - Razão entre as taxas de mortalidade Feminina/Masculina, por causas agrupadas em capítulos da CID-10 e grupos etários. Brasil, média triênio 2009-2011

Capítulo CID-10	Razão (Taxa FEM/Taxa MASC)		
	0 a 14	15 a 49	50 ou mais
I. Algumas infecciosas e parasitárias	0,88	0,50	0,72
II. Neoplasias (tumores)	0,83	1,22	0,69
III. Sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,80	0,77	0,93
IV. Endócrinas nutricionais e metabólicas	0,94	0,82	1,09
V. Transtornos mentais e comportamentais	0,79	0,17	0,46
VI. Doenças do sistema nervoso	0,79	0,55	1,10
VII. Doenças do olho e anexos	1,04	0,39	0,75
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0,78	0,58	0,98
IX. Doenças do aparelho circulatório	0,94	0,65	0,80
X. Doenças do aparelho respiratório	0,88	0,59	0,79
XI. Doenças do aparelho digestivo	0,80	0,30	0,57
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1,11	0,73	1,17
XIII. Sist osteomuscular e tec conjuntivo	1,52	2,66	1,50
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0,85	0,95	0,84
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-
XVI. Afecções originadas no período perinatal	0,79	0,79	0,85
XVII. Malformação cong e anomalias cromossômicas	0,91	0,86	0,79
XVIII. Causas Mal definidas	0,83	0,38	0,73
XX. Causas externas	0,55	0,13	0,36
Total	0,80	0,38	0,75

Fonte: SIM/DATASUS/MS, 1996-2014, BRASIL.

Um grupo de morte que deve ser aberto para melhor análise é o relativo aos problemas na gravidez e parto e puerpério, as causas maternas diretas e indiretas. Evidentemente que a reprodução humana acaba sendo um risco para as mulheres por

conta de a gestação ocorrer no corpo da mulher, e de qualquer maneira é importante avaliar o porquê, buscando desnaturalizar o risco.

Na Tabela 3 a seguir, destaca-se que a maioria das mortes do período estudado foram devido a causas evitáveis que tem forte ligação com as condições de vida da mulher e com a política nacional que ainda preserva concepções sexistas como a proibição do aborto, no caso do Brasil.

Tabela 3– Taxas de mortalidade maternas (óbitos por 10 mil nascidos vivos), por grupos de causas e idade da mulher. Brasil, triênio 2009 a 2011

Grandes Categorias no Capítulo XV – Gravidez, parto e puerpério	Óbitos			Taxa (10 mil nascidos vivos)		
	0 a 14	15 a 49	50 e +	0 a 14	15 a 49	50 e +
Aborto (000-008)	2	151	0	0,61	0,53	11,44
Transtornos hipertensivos (010-016)	4	362	1	1,57	1,27	22,88
Outros transtornos na gravidez (020-029)	0	56	1	0,00	0,20	34,32
Problemas ligados ao feto, membrana placenta (030-048)	1	102	0	0,24	0,36	11,44
Complicações no puerpério (085-092)	5	217	0	1,82	0,76	11,44
Causa obstétrica não especificada (095)	2	46	0	0,61	0,16	0,00
Morte qq caus obst mais 42d menos 1ª parto	0	79	0	0,00	0,28	0,00
Morte p/sequelas causas obstétricas diretas	0	5	0	0,00	0,02	0,00
Causa obstétrica indireta (098-099)	4	458	1	1,33	1,60	34,32
Total	17	1.475	4	6,17	5,16	125,86

Fonte: SIM/DATASUS/MS, 1996-2014, BRASIL.

Como pode ser visto nos dados acima, aproximadamente 25% das causas de morte maternas são do tipo indireto e 75% mortes maternas diretas. Segundo Cecatti *et al.* (1998):

As mortes obstétricas diretas são aquelas que resultam de complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma sequência de eventos resultantes de qualquer uma destas situações. As mortes obstétricas indiretas são as que resultam de doenças existentes antes da gravidez ou que se desenvolvem durante a gravidez e que não foram devidas a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (CECATTI *et al.* 1998:8).

Segundo os autores, se houvesse uma melhoria na assistência à gravidez, parto e puerpério, as causas diretas iriam ser em menor número que as indiretas, já que são as diretas as de mais fácil controle (CECATTI *et al.* 1998:8). Assim, ao menos as mortes maternas diretas poderiam ser consideradas como mortes relacionadas aos feminicídios, no aspecto institucional da violência sexista, que impacta na saúde reprodutiva destas mulheres. Mais adiante, no capítulo 4, esta possibilidade interpretativa será detalhada com relação ao trabalho reprodutivo da mulher e a morte por feminicídios.

As mortes de mulheres devido às causas externas, mais claramente ligadas aos feminicídios, vêm sendo estudadas por Waiselfisz (2012 e 2015). Os estudos sobre mortalidade por causas externas na área da Saúde Pública e da Demografia desde a década de 1980 têm concentrado seu olhar no impacto da violência na mortalidade masculina jovem nas grandes cidades, diagnosticando seu crescimento até o ano 2000 e subsequente queda nos números de morte após esta data para algumas regiões do país. Porém, estes estudos quase sempre deixaram de fora a análise das mortes violentas de mulheres (ROMIO, 2009). Na tabela abaixo se apresenta em primeiro momento o volume das mortes por categorias, as taxas e ao final a razão entre a mortalidade feminina e masculina.

Na Tabela 4 é possível notar que independentemente da faixa etária e do tipo de morte por causas externas, a masculina é superior à feminina, em todos os casos em termos de volume.

Ao estudarmos os casos através de taxas, prestando atenção mais ao tipo de morte que lidera os grupos do que na diferença numérica entre homens e mulheres, nota-se que no grupo de idade de 0 a 14 anos os acidentes lideram as taxas femininas tem como primeira causa externa de morte os acidentes, em seguida as agressões e logo os eventos cuja intenção foi indeterminada.

Tabela 4 - Óbitos segundo grupos de causas dentro do Capítulo XX - Causas Externas (CID-10), por sexo e grupos etários. Brasil, média triênio 2009-2011

Grupos dentro do Capítulo XX- Causas Externas	Mortes Femininas			Mortes Masculinas		
	0 a 14	15 a 49	50 ou mais	0 a 14	15 a 49	50 ou mais
Acidentes	1.715	5.619	7.438	3.094	33.555	15.727
Lesões autoprovocadas intencionalmente	49	1.383	578	60	5.320	2.137
Agressões	256	3.506	574	638	41.667	4.205
Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	148	768	1.735	278	5.048	2.671
Intervenções legais e operações de guerra	0	4	5	6	617	11
Complicações de assistência médica e cirúrgica	15	105	484	25	101	451
Sequelas causas externas de morbidade e mortalidade	4	25	86	7	120	116
Total	2.187	11.409	10.900	4.109	86.428	25.319

Fonte: SIM/DATASUS/MS, 1996-2014, BRASIL.

No grupo de 15 a 49 anos, há diferença entre a ordem das causas, mas são as mesmas três primeiras em ambos os casos as principais causas são acidentes, lesões autoprovocadas e agressões. Quanto às taxas por 100 mil habitantes (Tabela 5), para as mulheres a primeira causa são os acidentes (taxa de 10,47), após as agressões (taxa de 6,53) e em seguida as lesões autoprovocadas (taxa de 2,58). Para os homens nesta faixa etária a primeira causa de morte são as agressões (taxa de 79,9), após os acidentes (taxa de 63,35), e em terceiro lugar as mortes por lesões autoprovocadas (10,2).

Na faixa etária de 50 anos e mais, podemos observar que há uma diferença nos tipos de mortes mais importantes e na ordem. As mulheres têm como primeira causa os acidentes, em segundo lugar os eventos cuja intenção foi indeterminada e em terceiro lugar as mortes por lesões autoprovocadas, ao passo que para os homens as mortes por acidentes se mantêm em primeiro lugar, após as mortes por agressão e em terceiro lugar os eventos cuja intenção foi indeterminada.

Tabela 5 - Taxa de mortalidade (por 10 mil habitantes) segundo grupos de causa do Capítulo XX - Causas Externas (CID-10), por sexo e grupos etários. Brasil, média triênio 2009-2011

Grupos dentro do Capítulo XX - Causas Externas	Mortes Femininas			Mortes Masculinas		
	0 a 14	15 a 49	50 ou mais	0 a 14	15 a 49	50 ou mais
Acidentes	7,60	10,47	35,23	13,24	64,35	87,89
Lesões autoprovocadas intencionalmente	0,22	2,58	2,74	0,26	10,20	11,94
Agressões	1,13	6,53	2,72	2,73	79,90	23,50
Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	0,66	1,43	8,22	1,19	9,68	14,93
Intervenções legais e operações de guerra	0,00	0,01	0,02	0,03	1,18	0,06
Complicações de assistência médica e cirúrgica	0,07	0,20	2,29	0,11	0,19	2,52
Sequelas causas externas de morbidade e mortalidade	0,02	0,05	0,41	0,03	0,23	0,65
Total	9,69	21,26	51,63	17,58	165,74	141,50

Fonte: SIM/DATASUS/MS, 1996-2014, BRASIL.

Na relação entre as taxas, Tabela 6, nada salta aos olhos à primeira leitura, já que em todas as causas a morte masculina se destaca ou se iguala como o caso das complicações de assistência médica e cirúrgica para o grupo de idade de 15 as 49 anos.

Tabela 6 - Razão entre as taxas de mortalidade feminina e masculina, segundo grupos de causa do Capítulo XX - Causas Externas (CID-10) e grupos etários. Brasil, média triênio

Grupos dentro do Capítulo XX - Causas Externas	Mortes Femininas		
	0 a 14	15 a 49	50 ou mais
Acidentes	0,57	0,16	0,40
Lesões autoprovocadas intencionalmente	0,84	0,25	0,23
Agressões	0,42	0,08	0,12
Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	0,55	0,15	0,55
Intervenções legais e operações de guerra	0,00	0,01	0,37
Complicações de assistência médica e cirúrgica	0,63	1,01	0,91
Sequelas causas externas de morbidade e mortalidade	0,59	0,20	0,63
Total	0,55	0,13	0,36

Fonte: SIM/DATASUS/MS, 1996-2014, BRASIL.

Tipicamente as causas externas são trabalhadas de uma maneira que fica evidente o alto índice desta mortalidade para homens, mas foi possível ver quanto mais vamos desagregando as causas, mais complexas e diversas ficam as situações em relação ao impacto e especificidades desta mortalidade para as mulheres.

No Brasil, os estudos relativos à mortalidade por causas externas, ou causas violentas – que incluem os homicídios, suicídios, acidentes de trânsito e outros acidentes – têm ganhado importância nas últimas décadas, principalmente devido à intensificação das mortes por homicídios entre 1980 e o final dos anos 1990. Como ressaltam Lozada *et al.* (2009), o crescimento expressivo destas mortes e suas ligações com os problemas urbanos atuais, vêm motivando diversos estudos sobre o fenômeno (ROMIO, 2009). Porém ainda fica dúvidas sobre as peculiaridades das causas que afetam as mulheres neste tipo de análise, o que sugere chegar à última desagregação por este método.

Foi selecionada entre as causas externas, a categoria agressão para ser desagregado em categorias menores. O motivo de tal escolha diz respeito a estudos anteriores que demonstraram a agressão sexual, por objetos contundentes e perfurantes e estrangulamento, como formas de mortes por agressão mais presentes na mortalidade feminina (BLAY, 2009; ROMIO, 2009).

Para elaborar as tabelas que seguem foi necessária a união de algumas categorias do capítulo das agressões. Isso foi feito seguindo estudos anteriores (ROMIO, 2009).

O que pode ser observado nas tabelas abaixo, diz respeito às várias formas dessas agressões que levaram a morte, nas quais o predomínio volumétrico dos casos repousa sobre os casos perpetrados por arma de fogo.

Importante destacar que geralmente os estudos das agressões colocam o meio sexual dentro da categoria combinada “outros tipos de agressão”, operação que afeta a visibilidade da agressão sexual como causa de morte, e por resultado a identificação deste indicador que já é claramente um indicador mínimo dos feminicídios sexuais. Na tabela 7, pode ser vista a incidência do feminicídio sexual, foram 12 óbitos femininos na média do triênio de 2009 a 2011, e três óbitos masculinos.

Tabela 7 - Óbitos segundo grupos de causas dentro das Categorias XX - Agressões (CID-10), por sexo e grupos etários. Brasil, média triênio 2009-2011

Grupos dentro do Capítulo XX - Causas Externas	Mortes Femininas			Mortes Masculinas		
	0 a 14	15 a 49	50 ou mais	0 a 14	15 a 49	50 ou mais
Por enforcamento, estrangulamento, sufocação (X91)	28	181	43	25	333	91
Por arma de fogo (X93- X94- X95)	113	1.886	184	428	31.366	2.114
Por objeto penetrante/contundente (X99-Y00)	62	1.161	236	113	7.917	1.469
Sexual por meio de força física (Y05)	5	6	1	1	2	0
Agressão p/ meios NE (Y09)	16	145	52	27	1.233	278
Por outros tipo de agressão (X85, X87, X88, X92, X97, X98, Y01, Y02, Y03, Y04, Y08)	19	110	48	37	701	212
Negligencia, maus-tratos e abandono (Y06, Y07)	11	15	10	18	97	37
Total	256	3.506	574	651	41.667	4.205

Fonte: SIM/DATASUS/MS, 1996-2014, BRASIL.

A tabela 8 a seguir mostra a mesma distribuição em taxas, e indica mudança na hierarquização das taxas dentro dos grupos de idade e sexo.

As armas de fogo se mantêm em primeira entre as categorias de morte por agressão para ambos os sexos e grupos de idade. Nota-se que a distância entre os valores dessas taxas por arma de fogo e a segunda forma mais aplicada “os objetos contundentes e penetrantes” é muito superior para os homens que para as mulheres, ocupando o segundo lugar nas categorias nos três grupos de idades estudados. Em terceiro lugar, para mulheres de 0 a 14 e de 15 a 49 anos, aparecem as mortes por estrangulamento, enforcamento e sufocação e para as mulheres de 50 anos e mais as agressões por meios não identificados. Para homens de 0 a 14 anos o terceiro meio mais comum repousa no “outro tipo de agressão” e os homens de 15 a 49 anos e de 50 ou mais os meios não identificados.

Tabela 8 - Taxa de mortalidade (por 10 mil habitantes) segundo causa do Capítulo XX - Causas Externas (CID 10), por sexo e grupos etários. Brasil, média triênio 2009-2011

Grupos dentro do Capítulo XX - Causas Externas	Mortes Femininas			Mortes Masculinas		
	0 a 14	15 a 49	50 ou mais	0 a 14	15 a 49	50 ou mais
Por enforcamento, estrangulamento, sufocação (X91)	0,12	0,34	0,20	0,11	0,64	0,51
Por arma de fogo (X93- X94- X95)	0,50	3,51	0,87	1,83	60,15	11,82
Por objeto penetrante/contundente (X99-Y00)	0,28	2,16	1,12	0,49	15,18	8,21
Sexual por meio de força física (Y05)	0,02	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
Agressão p/ meios NE (Y09)	0,07	0,27	0,24	0,11	2,36	1,56
Por outros tipo de agressão (X85, X87, X88, X92, X97, X98, Y01, Y02, Y03, Y04, Y08)	0,08	0,20	0,23	0,16	1,34	1,18
Negligencia, maus-tratos e abandono (Y06, Y07)	0,05	0,03	0,05	0,08	0,19	0,21
Total	1,13	6,53	2,72	2,78	79,90	23,50

Fonte: SIM/DATASUS/MS, 1996-2014, BRASIL.

Na tabela 9 vê-se a relação entre as taxas e encontrar os seguintes achados: as mortes por enforcamento, sufocação e estrangulamento são superiores no grupo feminino de 0 a 14 anos, as mortes por violência sexual são até cinco vezes maiores no grupo. No grupo de 15 a 49 anos estas mortes são praticamente três vezes a taxa de homens e no grupo das maiores de 50 anos.

Considerando a tarefa de separar os feminicídios das demais mortes, ressaltam até o momento as mortes por agressão de tipo sexual e as mortes reprodutivas diretas, como tipo ideal. Quanto às demais, devem ser ficar sob alerta as mortes por lesão autoprovocada, mortes por enforcamento, sufocação e estrangulamento e agressões por objeto contundente e penetrante, ou seja, que pressupõem contato físico ou indução como no caso dos suicídios.

Tabela 9 - Razão entre as taxas de mortalidade feminina e masculina, segundo causa do Capítulo XX - Agressões (CID-10) e grupos etários. Brasil, média triênio

Grupos dentro do Capítulo XX - Causas Externas	Mortes Femininas		
	0 a 14	15 a 49	50 ou mais
Por enforcamento, estrangulamento, sufocação (X 91)	1,15	0,53	0,40
Por arma de fogo (X93- X94- X95)	0,27	0,06	0,07
Por objeto penetrante/contundente (X99-Y00)	0,57	0,14	0,14
Sexual por meio de força física (Y05)	5,52	2,75	Exclusiva
Agressão p/ meios NE (Y09)	0,62	0,11	0,16
Por outro tipo de agressão (X85, X87, X88, X92, X97, X98, Y01, Y02, Y03, Y04, Y08)	0,52	0,15	0,19
Negligencia, maus-tratos e abandono (Y06, Y07)	0,62	0,15	0,22
Total	0,41	0,08	0,12

Fonte: SIM/DATASUS/MS, 1996-2014, BRASIL.

3.5 Alguns aspectos sobre as mortes hospitalares no sistema de informações hospitalares - SIH

O estudo da base de informações hospitalares é de grande valor para a epidemiologia em geral e para o caso da violência contra a mulher em específico. É um forte indicador para contextualizar a violência. As variáveis mencionadas no texto são de acesso disponível via tabnet do DATASUS.

A utilização dessa base tem sido mais voltada para as questões financeiras da saúde, ou seja, pagar ou não internações, porém esta base pode ser utilizada na preocupação em saber como ingressam as mulheres vítimas de agressão no Sistema Único de Saúde, antes da sua morte.

A entrada hospitalar que gera internação pode ser um bom indicativo dos processos de saúde que levam ao adoecimento e morte de mulheres e homens, como pode ser visto na Tabela 10, a internação é superior para mulheres que para homens, no grupo de idade de 15 a 49 anos, isso se dá especialmente pelos motivos reprodutivos e pelos partos serem, sobretudo hospitalares. No triênio estudado tivemos uma média de 6.681.221 internações femininas e 4.574.894 internações masculinas, no geral com razão de 1,46 internações feminina/masculina.

Tabela 10 - Internações segundo causas agrupadas por grandes capítulos da décima revisão do Código Internacional de Doenças (CID-10), por sexo e grupos etários. Brasil, média triênio 2009-2011

Capítulo CID-10	Internações Femininas			Internações Masculinas		
	0 a 14	15 a 49	50 ou mais	0 a 14	15 a 49	50 ou mais
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	180.992	145.095	138.155	207.985	155.512	128.405
II. Neoplasias (tumores)	17.515	178.441	163.744	21.877	59.933	159.896
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	8.192	19.245	17.901	9.786	11.662	16.649
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	21.530	39.180	97.153	23.029	32.639	78.240
V. Transtornos mentais e comportamentais	1.220	73.838	24.867	1.906	144.940	35.944
VI. Doenças do sistema nervoso	15.998	29.755	36.118	19.759	32.196	35.098
VII. Doenças do olho e anexos	3.124	7.482	28.850	3.880	9.777	23.433
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	4.228	4.164	1.320	5.389	3.030	1.043
IX. Doenças do aparelho circulatório	6.923	147.724	427.119	8.884	118.596	441.274
X. Doenças do aparelho respiratório	297.364	145.613	252.215	371.320	141.432	261.201
XI. Doenças do aparelho digestivo	54.541	245.430	191.877	87.009	224.130	220.110
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	21.399	37.491	33.242	27.107	48.065	34.233
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	8.025	37.127	41.464	12.074	65.057	34.911
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	37.134	322.368	138.031	61.906	93.163	125.136
XV. Gravidez parto e puerpério	32.332	2.347.657	668	0	0	0
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	95.308	3.758	619	102.816	424	763
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	19.289	11.432	3.220	34.651	8.573	2.631
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	10.173	32.721	27.963	12.554	29.032	33.364
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	45.202	115.294	113.336	98.212	423.075	130.792
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	185	566	428	264	1.102	520
XXI. Contatos com serviços de saúde	10.609	85.688	21.576	16.887	61.337	20.279
Total	891.285	4.030.070	1.759.866	1.127.295	1.663.675	1.783.924

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Na tabela 11, nota-se maior diferença de sexo foram a grupo de idade de 15 a 49 anos em que as causa maternas afetam exclusivamente as mulheres e as Lesões envenenamentos e algumas outras consequências das causas externas ocupam maior concentração.

Tabela 11 - Taxa de Internações segundo causas agrupadas por grandes capítulos da décima revisão do Código Internacional de Doenças (CID-10), por sexo e grupos etários. Brasil, média triênio 2009-2011

Capítulo CID-10	Internações Femininas			Internações Masculinas		
	0 a 14	15 a 49	50 ou mais	0 a 14	15 a 49	50 ou mais
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8,0	2,7	6,5	8,9	3,0	7,2
II. Neoplasias (tumores)	0,8	3,3	7,8	0,9	1,1	8,9
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,4	0,4	0,8	0,4	0,2	0,9
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1,0	0,7	4,6	1,0	0,6	4,4
V. Transtornos mentais e comportamentais	0,1	1,4	1,2	0,1	2,8	2,0
VI. Doenças do sistema nervoso	0,7	0,6	1,7	0,8	0,6	2,0
VII. Doenças do olho e anexos	0,1	0,1	1,4	0,2	0,2	1,3
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1
IX. Doenças do aparelho circulatório	0,3	2,8	20,2	0,4	2,3	24,7
X. Doenças do aparelho respiratório	13,2	2,7	11,9	15,9	2,7	14,6
XI. Doenças do aparelho digestivo	2,4	4,6	9,1	3,7	4,3	12,3
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,9	0,7	1,6	1,2	0,9	1,9
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,4	0,7	2,0	0,5	1,2	2,0
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1,6	6,0	6,5	2,6	1,8	7,0
XV. Gravidez parto e puerpério	1,4	43,7	0,0	0,0	0,0	0,0
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	4,2	0,1	0,0	4,4	0,0	0,0
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	0,9	0,2	0,2	1,5	0,2	0,1
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	0,5	0,6	1,3	0,5	0,6	1,9
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	2,0	2,1	5,4	4,2	8,1	7,3
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
XXI. Contatos com serviços de saúde	0,5	1,6	1,0	0,7	1,2	1,1
Total	39,5	75,1	83,4	48,2	31,9	99,7

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Na tabela 12, se destaca a exclusividade das mortes maternas para as mulheres, embora a gestação se dê no corpo biológico feminino, sabe-se que a maioria delas é evitável através de políticas públicas de garantia de direitos sexuais e reprodutivos a elas.

Tabela 12 - Razão entre as taxas de internação Feminina/Masculina, por causas agrupadas em capítulos da CID-10 e grupos etários. Brasil, média triênio 2009-2011. Internacional de Doenças (CID-10), por sexo e grupos etários. Brasil, média triênio 2009-2011

Capítulo CID-10	Razão Feminina/masculina		
	0 a 14	15 a 49	50 ou mais
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0,9	0,9	0,9
II. Neoplasias (tumores)	0,8	2,9	0,9
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,9	1,6	0,9
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1,0	1,2	1,1
V. Transtornos mentais e comportamentais	0,7	0,5	0,6
VI. Doenças do sistema nervoso	0,8	0,9	0,9
VII. Doenças do olho e anexos	0,8	0,7	1,0
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,8	1,3	1,1
IX. Doenças do aparelho circulatório	0,8	1,2	0,8
X. Doenças do aparelho respiratório	0,8	1,0	0,8
XI. Doenças do aparelho digestivo	0,6	1,1	0,7
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,8	0,8	0,8
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,7	0,6	1,0
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0,6	3,4	0,9
XV. Gravidez parto e puerpério		Exclusiva feminina	
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1,0	8,6	0,7
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	0,6	1,3	1,0
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	0,8	1,1	0,7
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0,5	0,3	0,7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0,7	0,5	0,7
XXI. Contatos com serviços de saúde	0,7	1,4	0,9
Total	0,8	2,4	0,8

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Na tabela 13, entre as causas reprodutivas de tipo gravidez, parto e puerpério, pode ser observado o grande peso dos abortos que não foram feitos por razões médicas no total das internações, em oposição às internações por razões de complicações de parto e parto espontâneo, cujas internações já são esperadas.

Tabela 13 - Taxas de internações maternas (por 10 mil nascidos vivos), por grupos de causas e idade da mulher. Brasil, média do triênio 2009 a 2011

Grandes Categorias no Capítulo XV - Gravidez parto e puerpério	Internações			Taxa (10 mil nascidos vivos)		
	0 a 14	15 a 49	50 e +	0 a 14	15 a 49	50 e +
.. Aborto espontâneo	1741	116250	110	631,89	406,81	3775,74
.. Aborto por razões médicas	33	1645	2	12,10	5,76	57,21
.. Outras gravidezes que terminam em aborto	1264	97285	188	458,97	340,45	6441,65
.. Edema protein transt hipertens grav parto puerp	935	74834	12	339,54	261,88	400,46
.. Placent prév descol premat plac hemorr antepart	120	10066	1	43,44	35,23	34,32
.. Outr mot ass mãe rel cav fet amn pos prob part	2342	193122	17	850,30	675,83	583,52
.. Trabalho de parto obstruído	1213	72040	2	440,46	252,10	57,21
.. Hemorragia pós-parto	28	1883	19	10,16	6,59	663,62
.. Outras complicações da gravidez e do parto	7012	543588	144	2545,35	1902,28	4942,79
.. Parto único espontâneo	17044	1201672	19	6187,36	4205,23	663,62
.. Compl pred rel puerpério e outr afecç obst NCOP	599	35273	154	217,45	123,44	5297,48
Total	32.332	2.347.657	668	11.737,03	8.215,58	22.917,62

Fonte: MS/SVS/CGIAE e DAVIS. Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (SINASC).

Na tabela 14, quanto às causas externas, que também são o foco das análises propostas na tese, pode ser observada, por um lado, a importância das quedas e das agressões nas internações que terminam em óbitos femininos e masculinos. Por outro lado evidencia-se a letalidade.

Tabela 14 - Internações terminadas em óbitos (mortalidade hospitalar), segundo grupos de causas dentro do Capítulo XX - Causas Externas (CID-10), por sexo e grupos etários. Brasil, média triênio 2009-2011

Grupos dentro do Capítulo XX – Causas Externas	Internações Femininas			Internações Masculinas		
	0 a 14	15 a 49	50 ou mais	0 a 14	15 a 49	50 ou mais
.. Acidentes de transporte	14	25	12	18	75	17
.. Quedas	39	111	61	38	91	79
.. Afogamento e submersão acidentalmente	3	1	0	6	2	1
.. Exposição ao fumo ao fogo e às chamas	2	3	1	1	3	1
.. Envenenamento intox exposição substâncias nociv	2	4	1	3	4	1
.. Lesões autoprovocadas voluntariamente	3	20	4	4	55	10
.. Agressões	9	54	34	11	238	47
.. Todas as outras causas externas	113	349	315	182	635	364
Total	185	566	428	264	1.102	520

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Na tabela 15, pode ser constatada uma concentração das taxas nas “outras causas externas” em todos os grupos de idade e sexo, o que pode apontar para uma falha na classificação das internações por causas externas nos registros de internação.

Tabela 15 - Taxa de mortalidade hospitalar (por 10 mil habitantes) segundo grupos de causa do Capítulo XX. Causas Externas (CID-10), por sexo e grupos etários. Brasil, média triênio 2009-2011

Grupos dentro do Capítulo XX - Causas Externas	Internações Femininas			Internações Masculinas		
	0 a 14	15 a 49	50 ou mais	0 a 14	15 a 49	50 ou mais
.. Acidentes de transporte	0,06	0,05	0,06	0,08	0,14	0,10
.. Quedas	0,17	0,21	0,29	0,16	0,17	0,44
.. Afogamento e submersão acidental	0,01	0,00	0,00	0,03	0,00	0,01
.. Exposição ao fumo ao fogo e às chamas	0,01	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01
.. Envenenamento intox exposição substâncias nociv	0,01	0,01	0,00	0,01	0,01	0,00
.. Lesões autoprovocadas voluntariamente	0,01	0,04	0,02	0,02	0,10	0,06
.. Agressões	0,04	0,10	0,16	0,05	0,46	0,26
.. Todas as outras causas externas	0,50	0,65	1,49	0,78	1,22	2,03
Total	0,82	1,06	2,03	1,13	2,11	2,91

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

A tabela 16, a razão entre as taxas pode ser notada a grande presença das quedas na internação feminina por causas externas que terminam em morte, o que pode ser um indicativo dos efeitos da violência doméstica que geralmente não tem entrada no serviço de saúde com a tipologia adequada devido à dificuldade de caracterização das violências no serviço de saúde.

Tabela 16 - Razão entre as taxas de internações que terminam em morte feminina e masculina, segundo grupos de causa do Capítulo XX - Causas Externas (CID-10) e grupos etários. Brasil, média triênio

Grupos dentro do Capítulo XX - Causas Externas	Feminino/Masculino		
	0 a 14	15 a 49	50 ou mais
.. Acidentes de transporte	0,81	0,32	0,60
.. Quedas	1,05	1,19	0,65
.. Afogamento e submersão acidentalmente	0,46	0,32	0,28
.. Exposição ao fumo ao fogo e às chamas	1,29	0,97	0,64
.. Envenenamento intox exposição substâncias nociv	0,81	0,89	1,27
.. Lesões autoprovocadas voluntariamente	0,86	0,36	0,31
.. Agressões	0,85	0,22	0,60
.. Todas as outras causas externas	0,64	0,53	0,73
Total	0,73	0,50	0,70

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

3.6 Relação entre volumes na morte hospitalar por agressões e agressões de tipo sexual, AIH, SINAN e DO, de 2009 a 2014

Diversos estudos apontam que uma consequência previsível do aumento no número de episódios de doenças crônicas, ou seja, as que requerem cuidados constantes é a transferência do processo de morte do ambiente doméstico ao hospitalar, característica muito comum nos processos de adoecimento e morte de idosos, mas que pode perfeitamente ser aplicado às internações especialmente por violência doméstica, resultando em maiores gastos para o sistema de saúde. Na tabela 17, observa-se a agressão geral e a sexual como agravos crônicos de saúde, que transferem a morte do ambiente doméstico ao hospitalar, no caso das mulheres apresenta diferença entre o que se é capturado nas três bases de saúde estudadas na tese.

Os dados apresentados abaixo representam a soma de todas as agressões identificadas no sistema de saúde que resultaram em óbito hospitalar feminino e masculino do ano de 2009 a 2014.

Como pode ser observado o óbito hospitalar por agressão foi mais bem capturado no SIM para ambos os casos, porém para o caso específico do óbito hospitalar por agressão de tipo sexual, subtipologia interna a agressão, foi mais bem

capturado pelo SINAN. Em ambos os casos o SIH foi o tipo de documento que pior cobriu esta causa de morte.

Tabela 17 - Comparativa das mortes hospitalares por Agressão e Agressão de tipo Sexual em três bases de informação em Saúde (SIH-SINAN-SIM), segundo sexo, Brasil, 2009 a 2014

Base de dados	Morte hospitalar por agressão/violência			Morte hospitalar por agressão de tipo violência sexual		
	SIM	SIH	SINAN	SIM	SIH	SINAN
Feminino	6513	1594	4188	33	3	152
Masculino	78265	12415	10141	11	9	34

Fonte: SIM, SIH, SINAN: DATASUS/MS

CAPÍTULO 4

Feminicídios reprodutivos, domésticos e sexuais

Nesta tese, argumenta-se que para o entendimento da mortalidade feminina através do prisma dos estudos da mulher e de gênero, se faz necessária a adoção de teoria apropriada, no caso, fez-se a aplicação do conceito dos feminicídios para a análise das mortes femininas em base aos dados da saúde como perspectiva feminista para sua melhor compreensão.

No capítulo anterior, foi dado destaque para as importantes diferenças entre a mortalidade geral feminina e masculina, especialmente no grupo de idade de 15 a 49 anos, no contexto específico de mortes por causas reprodutivas, com foco nos abortos, e causas externas, com foco nas agressões. Este grupo de idade é o que apresenta, de longe, maior incidência de feminicídios.

Assume-se nesta tese que não é possível identificar o nível máximo de feminicídios condensado em um indicador único, posto que não há uniformização na aplicação geral do conceito e consequente documentação dos casos. O conceito tem uso inicial no ano 1992, com Diana Russel, e na América Latina, em 2000, com Marcela Lagarde, como exposto no primeiro capítulo.

O estudo estatístico tem limitações devido ao fato explicitado de não haver uma documentação universal das causas, a não ser pelas condenações na área criminal nos países em que se considera o feminicídio como crime. Por exemplo, como o Brasil que em 2015 aprovou a lei de feminicídios que no caso é um qualificador do homicídio doloso, quando há elementos configurando que a agressão foi gerada por motivos da condição de desvantagens da mulher na sociedade, especialmente a violência do contexto doméstico, conjugal, familiar e sexual.

Argumenta-se que para além da figura legal dos feminicídios enquanto penalidade no âmbito jurídico, a aplicabilidade do conceito é mais ampla e pode ser utilizada para o estudo da mortalidade feminina específica por gênero, seja em estudos epidemiológicos, demográficos ou estatísticos.

Considera-se que a estatística que explica as tendências da mortalidade feminina por gênero pode ser gerada através de diversos registros, desde que as categorias nativas destes documentos sejam reinterpretadas dentro do escopo da teoria feminista de gênero e dos feminicídios. No caso da tese foi inspirada pelo conceito de amalgama conjugal de Paola Tabet e uma revisão crítica do conceito de feminicídio e seu uso corrente na América Latina, especialmente nas teorias de Sagot, Cárceres, Lagarde e Segato, além do estudo das indicações e normativas da ONU mulheres, especialmente aquelas referentes aos pronunciamentos da Manjoo, e SPM., também exposto no capítulo 1.

Desta forma, as evidências encontradas no estudo comparativo da mortalidade feminina e masculina, apresentadas e problematizadas no capítulo 3 e os indicativos dos conceitos estudados, confere a este capítulo a apresentação das operações necessárias para o estudo analítico dos feminicídios com evidências em elementos estatísticas e com base em dados da área da saúde que possam caracterizar os feminicídios.

Busca-se por índices mínimos que indiquem que as mortes estudadas tiveram como causa a condição social da mulher e discriminação por sexo contra mulheres.

Cada base de informação selecionada produz seu próprio indicador de feminicídios, não é possível analisá-las em conjunto, dada a independência das fontes de informações e a falta de pareamento dos dados acessíveis. É possível que no futuro se possa acompanhar um caso nas suas várias documentações, porém, no momento, se lida com esta limitação extraíndo de cada base selecionada seu aspecto de melhor potência na captura das informações e comparando achados de cada base. Como foi visto no capítulo 2.

A tese volta sua atenção na análise dos documentos de saúde, já que os documentos da segurança pública padecem de variadas limitações de acesso aos documentos, ausência de sistematização nacional e as suas tipologias de notificação. As informações da área de saúde, embora com foco nas vítimas, oferecem maior leque de caracterizações dos feminicídios que os documentos da segurança pública, além de serem tipos de documentos tradicionalmente utilizados para a análise demográfica, facilitando a aplicação de métodos da área da Demografia, campo onde se insere a tese.

Para efeitos de comparação, nesta seção da tese serão apresentadas interpretações sobre os feminicídios do ano de 2009 a 2014, pois a base principal das

análises deste capítulo é a Ficha de Notificação Compulsória da Violência Doméstica e Sexual do SINAN,³⁰ que disponibiliza dados sistemáticos no âmbito nacional a partir do ano de 2009.

Dentro destas premissas, pode-se sugerir o estudo estatístico dos feminicídios segundo o seguinte esquema analítico:

- **Femicídio reprodutivo:** mortes de mulheres relacionadas a limitações legais no acesso e garantia dos direitos reprodutivos das mulheres. Embora exista um leque de mortes evitáveis causadas pelas políticas de controle do corpo e da sexualidade das mulheres que impliquem na morte evitável, opta-se pelo isolamento das mortes por aborto, por ser sem dúvida uma tipologia de morte causada indiretamente pelo Estado e suas leis e normas restritivas dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, fruto da violência de gênero institucional. Desta forma o primeiro indicador mínimo de feminicídios reprodutivo são os abortos como pôde ser demonstrado no capítulo 3.
- **Femicídio doméstico:** diz respeito às mortes por agressão ocorridas no contexto e no ambiente doméstico das relações de gênero. De maneira resumida adota-se o domicílio como Proxy de ambiente doméstico. Assim, as mortes por agressão ocorridas neste local serão contabilizadas como feminicídios domésticos. É um tipo de feminicídio direto, fruto das agressões interpessoais, porém também são mortes evitáveis através de mudanças estruturais na sociedade e impulsão à igualdade de gênero, através de políticas públicas promovidas pelo Estado.
- **Femicídio sexual:** diz respeito às mortes por agressão de tipo sexual, entendendo que a violência sexual como questão primordial para compreender as políticas de controle da sexualidade feminina. O entendimento aprofundado do perfil e características destas violências que conduzem a doença e a morte das mulheres pode trazer luz e novas reflexões sobre o estudo da condição social das mulheres. O feminicídio sexual é de tipo direto e é fruto das violências interpessoais, porém assim como no caso do doméstico, estas mortes podem ser evitadas através de mudanças estruturais na sociedade e impulsão à igualdade de gênero, através de políticas públicas promovidas pelo Estado.

³⁰ Foi obtida bases para tabulação própria através de pedido de informação pública para fins de estudos para a Secretária de Vigilância de agravos de saúde – MS.

- Considera-se que haja formas imbricadas e múltiplas destas ocorrências, simplificada-se faz esta categorização dentro destas três tipologias, aplicando esta separação no sentido de, ao menos, lograr identificar casos explícitos em que se pode afirmar a notificação de um feminicídio, mesmo que essa operação resulte em redução da amplitude do conceito ou da dimensão universal das ocorrências, optando por capturar a expressão mínima.

4.1 Feminicídios reprodutivos no Brasil

Como debatido no capítulo 3, as mortes maternas são em grande parte evitáveis e exclusivas de mulheres, isso se dá por inúmeros motivos. Entre eles, a incidência de políticas de controle da reprodução feminina como no caso da restrição ao aborto no sistema público de saúde, e a fatores referentes à dificuldade de acesso ao sistema de saúde por parte das mulheres gestantes. As mortes por aborto são tipo de morte que pode ser interpretada dentro da concepção de feminicídios indireto de tipo reprodutivo, inspirado no entendimento dos fatores da opressão feminino através de políticas de Estado e seu impacto na mortalidade da mulher. Esta morte é ocasionada pela complicação no processo de interrupção da gravidez, a interrupção pode se dar de forma espontânea ou voluntária, a última é considerada crime no Brasil o que em muitos casos gera mortes. Existem as exceções em que o aborto é permitido, eles se expressam nos dados de saúde como “Abortos por razões médicas”.

Considerando as mortes por abortos voluntários como índice de feminicídios reprodutivos cujas relações com outras mortalidades foram expressas no capítulo 3 da tese. Na tabela 18 é demonstrado o volume de internações e mortes por aborto espontâneo, por razões médicas, e abortos voluntários em seus níveis de internações e mortes³¹.

No período estudado de 2009 a 2014 foram registradas 1.243.158 internações por aborto, cerca de 200 mil por ano, as quais em 1.134 casos tiveram como desfecho a morte da mulher, segundo dados do SIH. Dentre estas mortes registradas pelo SIH, em 933 casos o aborto foi categorizado como espontâneo, em 2 casos o aborto teve como

³¹ Todos os demais tipos de aborto que não foram classificados como espontâneos ou por razões médicas.

categorização o aborto por razões médicas, em 199 a categorização foi outros tipos de gravidezes que terminaram em aborto, que nós nomeamos de abortos voluntários.

A falta da garantia do acesso ao aborto legal acaba sendo o fator indireto que causa a morte, afirmação que pode ser confirmada ao compararmos o nível de internações por aborto por razões médicas, casos previstos por lei, foi de 9.417 e como resultado morte foram registrados o total de 2-3 óbitos, o que pode significar que quando feito dentro de procedimentos adequados praticamente não causa morte.

O SIM apresentou nível de registro do caso das mortes por aborto inferior ao SIH. A categoria aborto constou como causa principal da morte em 832 registros no SIM e 1.134 óbitos no SIH, no período de 2009 a 2014, foram registradas 3 mortes por aborto por razões médicas, em 58 casos o aborto foi classificado como espontâneo e em 771 casos de abortos que podem ser classificados como voluntários dentro da mesma lógica aplicada nos dados do SIM. No SIH, entre os 1.134 óbitos, 933 foram classificados como espontâneos e 199 como voluntários, demonstrando que embora cubra mais mortes, não classificada adequadamente os óbitos por aborto. Houve uma inversão entre a classificação destes óbitos no SIH e SIM, e diminuição dos casos de aborto no geral registrados no SIM.

Tabela 18.

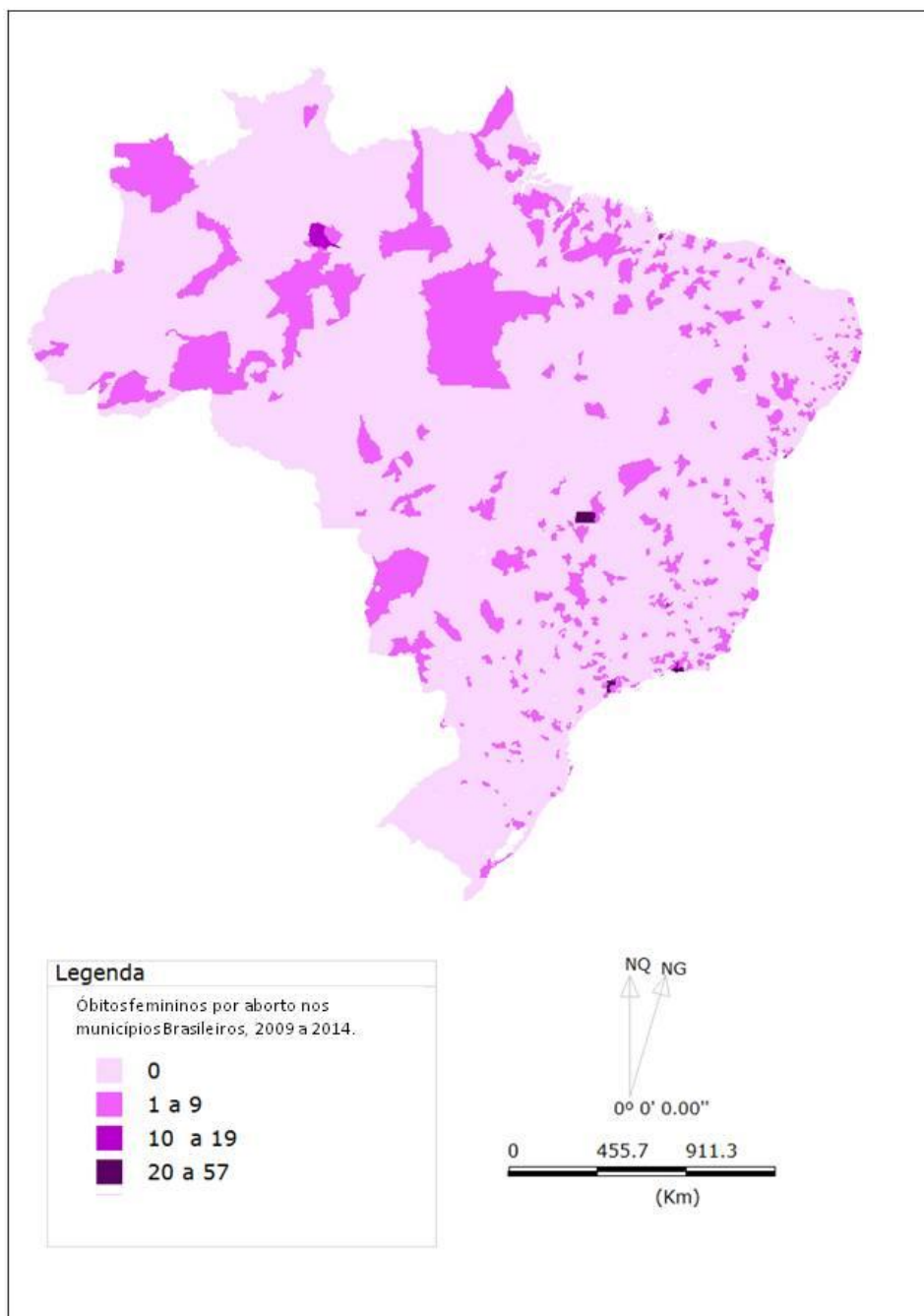
Tabela comparativas feminicídios reprodutivos, mortes e internações por aborto, 15 a 49 anos, Brasil, 2009 a 2014. Nº absolutos								
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Internação por aborto SIH	.. Aborto espontâneo	118527	117808	110366	105324	100352	95399	647776
	.. Aborto por razões médicas	1796	1658	1454	1587	1443	1479	9417
	.. Outras gravidezes que terminam em aborto	98060	96673	95803	98782	100206	96441	585965
	Total	218383	216139	207623	205693	202001	193319	1243158
Óbitos por aborto SIH	.. Aborto espontâneo	684	166	9	25	13	36	933
	.. Aborto por razões médicas	0	0	1	1	0	0	2
	.. Outras gravidezes que terminam em aborto	44	49	24	22	32	28	199
	Total	728	215	34	48	45	64	1134
Obitos por aborto SIM	Aborto espontaneo	8	5	7	12	13	13	58
	Aborto p/razoes medicas e legais	0	1	1	0	1	0	3
	Aborto voluntário(O05 a O08)/ Outros (O00 a O02)	160	145	125	107	127	107	771
	Total	168	151	133	119	141	120	832

Fonte: Ministério da Saúde – SIH; SIM (SUS)

No mapa 1 a seguir é apresentada a concentração de óbitos por aborto segundo municípios brasileiros, que representam a expressão mínima dos feminicídios reprodutivos, para se ter uma visão espacial do fenômeno, pôde-se notar que o

fenômeno não afeta todos os municípios brasileiros, mas possui ocorrências em todas as regiões.

MAPA 1. Femicídios reprodutivos: Óbitos femininos por aborto segundo municípios brasileiros, total de 2009 a 2014, SIM



Elaboração: Romio, 2017.

4.2 Femicídio doméstico

A maior parte dos estudos sobre os feminicídios tomam como base de informações os óbitos por agressões, como pode ser visto nos estudos como o Mapa da violência de Waiselfisz 2015 que tomou as taxas de mortes por homicídios como índice de feminicídios. Entre os diversos achados, o autor aponta para a diferença no meio e local de ocorrência do homicídio como diferencial entre homens e mulheres, especialmente a importância das armas de fogo e da via pública como meio e local de morte por agressão para homens e o domicílio e os meios que se subentende o contato físico como importantes na vitimização feminina (WAISELFISZ, 2015).

Essa operação de apresentar a taxa de feminicídios como a própria taxa de homicídios incorre no erro de não avaliar a participação e o impacto da violência geral não doméstica e não sexual na vida de mulheres, especialmente quando se sabe que as maiores taxas de homicídios estão nos grandes centros urbanos, locais onde ocorrem múltiplas violências. Afinal, seria a mulher livre das mortes relacionadas às brigas por disputas de território e política, tiroteios, crime organizado, execuções por policiais, e outros homicídios não relacionados ao âmbito doméstico ou sexual?

Um exemplo pode ser obtido ao averiguar no livro “LUTA, SUBSTANTIVO FEMININO: Mulheres torturadas, desaparecidas e mortas na resistência à ditadura” em que há o registro de 45 mortes de mulheres pela ditadura brasileira de 1964 a 1984, a maior parte por armas de fogo (MERLINO, 2010). Estas mortes foram narradas como execuções por policiais, na história de outras lideranças políticas e integrantes nas lutas armadas, guerrilhas e luta por território têm causado elevados casos de óbitos de indígenas, camponesas e quilombolas pelas mãos de pistoleiros e matadores de aluguel no Brasil contemporâneo. No período estudado de 2009 a 2014, seis anos, o Brasil registrou em suas declarações de óbito 48 mortes femininas por intervenção legal, segundo DATASUS/MS, que podem ser entendidas dentro do quadro mais amplos da multiplicidade de violências que afetam a vida da mulher.

A diferença de sexo para a morte por conflitos armados e execuções por policiais diz mais respeito ao acréscimo da violência sexual como prática de tortura, a invasão ao domicílio e a exposição do corpo em via pública, também narradas no livro de memórias sobre a ditadura e que pode ter como exemplo na atualidade a morte da liderança indígena da etnia guarani Marinalva Manoel, 27 anos, assassinada em 2015,

no contexto das lutas por titulação de terras indígenas no município de Dourados – MS, jornais da época narraram que ela foi estuprada, esfaqueada e abandonada na estrada BR-163 e que o crime tinha motivações políticas, ou Luana Barbosa dos Reis, jovem lésbica negra da periferia da grande São Paulo, morta por espaçamento por policiais após recusa a ser revistada por policiais homens, em 2016.

Mortes por armas de fogo em via pública merecem uma análise aprofundada das motivações e contextos para que se saiba efetivamente se foram causadas pela violência doméstica ou sexual, ou se inerentes aos conflitos políticos, territoriais ou urbanos.

Sendo os dados das Declarações de Óbitos modestos no que diz respeito à contextualização, definição de autores e explicação de motivos para definir os óbitos por homicídios, procede-se de maneira simplificada para obter dados sobre os feminicídios domésticos, da violência doméstica contra a mulher, representados apenas pelas mortes por agressão física no local do domicílio.

O IBGE define o domicílio como sendo um “local de moradia estruturalmente separado e independente, constituído por um ou mais cômodos. Ter paredes, muros, cercas, coberto por um teto”, palavras que expressam separação, isolamento, independência e privacidade. A referência do IBGE sobre família, dá atenção à nomeação do conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residam na mesma unidade domiciliar. Portanto avalia-se que o local domicílio é melhor Proxy para caracterizar a violência doméstica ou familiar com dados governamentais.³²

Esta aproximação também é expressa na Convenção sobre a Prevenção, Punição e Erradicação da Violência contra a Mulher (Convenção do Belém do Pará, 1994), que é a base para diversas leis sobre violência contra mulheres na América, bem como das formulações sobre os feminicídios:

(...) qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na **esfera privada**. [...] Entende-se que a violência contra a mulher abrange a violência física, sexual e psicológica: a) ocorrida no âmbito da **família** ou **unidade doméstica**

³² Entendeu-se por dependência doméstica a relação estabelecida entre a pessoa de referência e os empregados domésticos e agregados da família e por normas de convivência as regras estabelecidas para o convívio de pessoas que morassem juntas sem estarem ligadas por laços de parentesco ou dependência doméstica.

ou em qualquer relação interpessoal, quer o agressor compartilhe, tenha **compartilhado ou não a sua residência**, incluindo-se, entre outras formas, o estupro, maus-tratos e abuso sexual; b) ocorrida na comunidade e cometida por qualquer pessoa, incluindo, entre outras formas, o estupro, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no local de trabalho, bem como em instituições educacionais, serviços de saúde ou qualquer outro local; e c) perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra (CONVENÇÃO DO BELÉM DO PARÁ, ARTIGO 1 e 2, 2004 - grifos nossos).

Podemos ver que algumas categorias utilizadas para definir o local e a relação com o/a agente da agressão também estão presentes nos bancos de dados sobre mortalidade através do local de ocorrência “domicílio”. As mortes de mulheres por agressão física dentro do domicílio, no documento das Declarações de Óbito (SIM), serão provavelmente feminicídios domésticos.

No período estudado de 2009 a 2014 ocorreram no Brasil 300.694 óbitos masculinos por agressão física e 27.550 óbitos femininos. Ao averiguar o local destas ocorrências nota-se que a concentração percentual no domicílio é superior para as mulheres que para homens, ao todo 29.523 óbitos masculinos ocorreram no domicílio o que representou 9,81% dos casos, enquanto ocorreram 7.707 óbitos femininos no domicílio o que representou 27,57% do local de ocorrência. Esses dados aliados a averiguação dos tipos de agressão que causaram a morte feminina e masculina dentro do domicílio levam a considerar o índice de mortes no domicílio como ligadas a violência doméstica.

Como pode ser observado nas tabelas 19 e 20, que apresentam a distribuição da mortalidade por agressão física masculina e feminina segundo local de ocorrência e categoria de agressão, há diferença entre os sexos para o tipo majoritário de agressão, no caso masculino se destacam as agressões por armas de fogo representando 62% das mortes por agressão ocorridas no domicílio, já no caso feminino o primeiro tipo de óbito no domicílio é aquela perpetrada por objetos contundentes e perfurantes, que representaram 44%. Ainda para as mulheres, dos óbitos por agressão por armas de fogo representam 38% das mortes dentro do domicílio, seguidas pelos enforcamentos, sufocação e estrangulamento que pressupõem contato físico, 9%, quando entre os homens esta causa representou 2,8% das mortes por agressão ocorridas no domicílio.

Considerando estas diferenças podemos indicar que as mortes femininas por agressão no domicílio podem ser interpretadas como feminicídios domésticos, por suas características que a diferem do tipo quando no caso masculino. Ao percorrermos também a literatura sobre violência urbana podemos notar que os casos domiciliares masculinos se diferem também nas motivações, quando encontramos um número grande de crimes de encomenda, execução e latrocínio ocorridos contra homens no domicílio. Já no caso das mulheres a literatura que explora este local ressalta os crimes conjugais e familiares, sendo também bases para esta reclassificação em base a análise de gênero. (Saffiotti, 2005)

Na tabela 19, observa-se que as armas de fogo e a via pública correspondem a maior parte dos casos de óbitos masculinos. Aproximadamente 80% dos meios de agressões utilizaram armas de fogo e 50% a via pública, outros 10% ocorreram no domicílio.

Tabela 19 - Mortalidade masculina proporcional por agressão, segundo categoria de agressão e local de ocorrência. Brasil, somatório 2009 a 2014

Categoria de Agressão	Outro						Total
	Hospital	estabelecimento de saúde	Domicílio	Via pública	Outros	Ignorado	
Por enforcamento, estrangulamento, sufocação (X 91)	0.18	0.57	2.87	0.75	2.21	1.55	1.02
Por arma de fogo (X93- X94- X95)	70.78	74.78	62.01	78.54	66.77	60.86	72.99
Por objeto penetrante/ contundente (X99-Y00)	20.72	18.46	28.81	16.66	23.86	31.03	20.10
Sexual por meio de força física (Y05)	0.01	0.00	0.01	0.00	0.01	0.00	0.01
Força corporal (Y04)	2.44	1.24	0.91	0.54	0.80	0.66	1.12
Agressão p/ meios NE (Y09)	3.97	3.98	3.98	2.57	4.52	4.62	3.40
Outros tipo de agressão (X85-89, X90, X92-98, Y01-03, Y08)	1.29	0.69	1.11	0.83	1.64	0.89	1.09
Negligencia, maus tratos e abandono (Y06, Y07)	0.61	0.29	0.30	0.10	0.19	0.39	0.27
Total	26.03	1.75	9.82	47.18	14.37	0.86	100
Total Absoluto	78.265	5.249	29.523	141.872	43.207	2.578	300.694

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações de Mortalidade do SUS (SIH/SUS).

As armas de fogo e a via pública correspondem a maior parte dos casos de óbitos masculinos. Aproximadamente 70% dos meios de agressões utilizaram armas de fogo e 50% aconteceu na via pública, outros 10% ocorreram no domicílio.

Na tabela 20 ainda, é possível notar que existe menor prevalência do óbito feminino por armas de fogo e da via pública em comparação ao caso masculino, cerca de 60% dos casos utilizaram armas de fogo, sugerem significativamente o objeto cortante ou contundente como outros meios de agressão; e o local se diferencia também do masculino 30% foram em via pública, e outros 30% foram no domicílio, formando um perfil diferente do masculino.

Tabela 20 - Mortalidade feminina proporcional por agressão, segundo categoria de agressão e local de ocorrência. Brasil, somatório 2009 a 2014

Categoria de Agressão	Outro						Total
	Hospital	estabelecime nto de saúde	Domicílio	Via pública	Outros	Ignorado	
Por enforcamento, estrangulamento, sufocação (X 91)	1.03	2.59	9.04	5.28	10.42	6.17	6.07
Por arma de fogo (X93- X94- X95)	54.66	54.31	37.93	59.96	43.07	37.44	49.68
Por objeto penetrante/ contundente (X99-Y00)	29.54	31.25	43.92	26.86	33.84	40.97	33.52
Sexual por meio de força física (Y05)	0.51	1.51	0.13	0.26	0.43	0.44	0.33
Força corporal (Y04)	3.32	1.08	1.18	1.02	1.09	0.88	1.62
Agressão p/ meios NE (Y09)	4.39	5.39	5.07	4.22	7.51	8.37	5.06
Outros tipo de agressão (X85-89, X90, X92-98, Y01-03, Y08)	4.76	1.94	1.96	2.23	3.31	4.41	2.93
Negligência, maus tratos e abandono (Y06, Y07)	1.80	1.94	0.77	0.18	0.33	1.32	0.79
Total	23.64	1.68	27.97	30.61	15.26	0.82	100
Total Absoluto	6.513	464	7.707	8.434	4.205	227	27.550

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações de Mortalidade do SUS (SIM/SUS).

É possível notar que existe menor prevalência do óbito feminino por armas de fogo e da via pública em comparação ao caso masculino, cerca de 50% dos casos foram perpetrados com armas de fogo, seguidos por aqueles com objeto cortante ou contundente, mais de 33% dos casos. Em relação ao local da morte, 30% ocorreram em via pública, e outros 30% no domicílio, formando um perfil diferente do masculino. Assumindo os óbitos femininos por agressão física no local de ocorrência domicílio como feminicídios domésticos, na tabela 21 é apresentada a distribuição segundo grupos de idade.

Como pode ser verificada nas tabelas seguintes, a proporcionalidade quase que se mantém ao longo do tempo em todos os grupos etários, com maior representatividade no grupo de idade de 50 anos e mais que chega a representar 46% das mortes por

agressão. Isto pode indicar diversas questões, especialmente que no caso das mulheres adultas mais velhas e idosas para quais as agressões letais se dão ainda mais concentradamente no domicílio. De toda forma, o grupo de maior frequência do feminicídio doméstico são as mulheres de 15 a 49 anos que representaram 5.598 casos dos 7.707 óbitos por agressão no domicílio, que doravante serão entendidos como feminicídios domésticos, segundo dados do SIM.

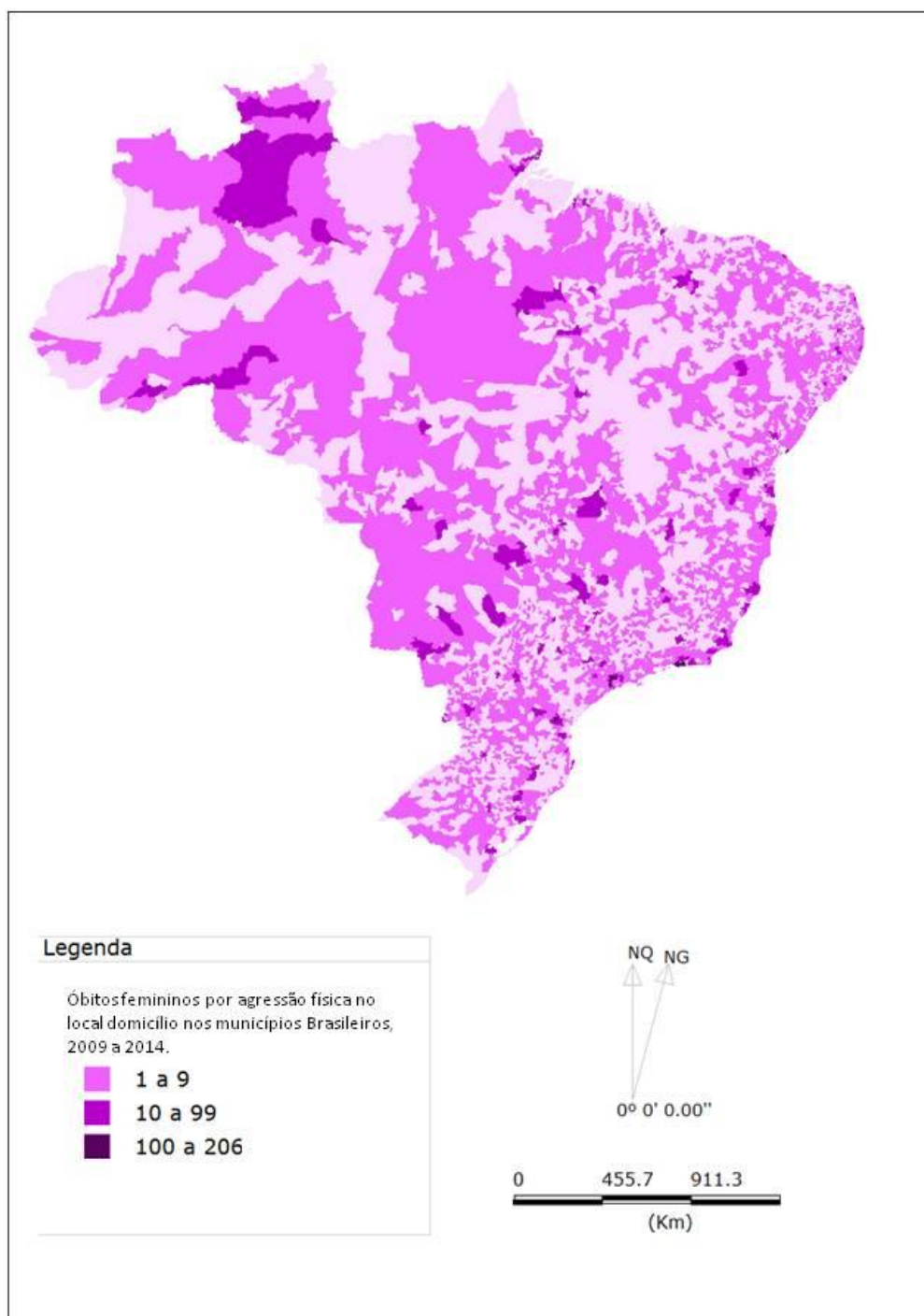
Tabela 21 comparativas feminicídios domésticos, por grupo de idade, Brasil, 2009 a 2014. Nº absolutos

Grupo de Idade	LOCAL	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Total	Domicílio	1199	1293	1295	1311	1290	1319	7707
	total de óbitos	4260	4465	4512	4719	4762	4832	27550
	%	28.15	28.96	28.70	27.78	27.09	27.30	27.97
0 a 14 anos	Domicílio	67	70	62	63	79	74	415
	total de óbitos	260	274	233	277	280	308	1632
	%	25.77	25.55	26.61	22.74	28.21	24.03	25.43
15 a 49 anos	Domicílio	871	964	950	966	892	955	5598
	total de óbitos	3364	3559	3594	3765	3714	3808	21804
	%	25.89	27.09	26.43	25.66	24.02	25.08	25.67
50 anos e mais	Domicílio	257	257	280	278	315	287	1674
	total de óbitos	565	552	605	600	678	649	3649
	%	45.49	46.56	46.28	46.33	46.46	44.22	45.88

Fonte: SIM/MS

No Mapa 2 a seguir apresenta-se a distribuição espacial destes feminicídios domésticos nos municípios brasileiros. Nota-se que este tipo de violência está presente em todo o território nacional, e em todas as regiões do Brasil. Demonstrando que o fenômeno dos feminicídios domésticos é um tipo de morte de mulheres generalizada no Brasil.

MAPA 2. Femicídios domésticos, segundo municípios brasileiros, total de 2009 as 2014, SIM, (óbitos femininos por agressão física no local domicílio)



Elaboração: Romio, 2017.

4.3 Femicídios sexuais

A violência sexual causa mortes de mulheres e também de homens em todas as idades. Devido ao silêncio do Estado e da sociedade sobre a letalidade da violência sexual ela passa despercebida, especialmente ceifando vidas de meninas, meninos e jovens mulheres.

O feminicídio sexual é aquele em que a própria violência sexual foi a causa da morte. A seguir se apresentam dados referentes à morte por violência sexual de mulheres, mas também se demonstra a mortalidade masculina por esta causa, buscando assinalar que a violência sexual também faz vítimas masculinas, especialmente de meninos e jovens, embora em número muito menor que para as mulheres. O Sistema de Informação de Mortalidade notificou 24 óbitos masculinos por meio de agressão de tipo sexual, no período de 2009 a 2014, 6 destes casos ocorreram contra meninos de 0 a 14 anos, 15 óbitos de jovens de 15 a 49 anos e 3 casos de adultos mais velhos e idosos com 50 anos ou mais. Entre as possíveis suposições sobre estas ocorrências podem ser indicados os contextos do incesto e violência intrafamiliar no grupo dos meninos e adolescentes, além da violência contra população LGBT. Neste caso, pode-se levantar a possibilidade de vítimas documentadas como sexo biológico masculino, embora possuam a identidade de gênero feminina. Porém são apenas suposições que não podem ser comprovadas com o tipo documento.³³

A tabela 22 apresenta além do número capturado em cada ano por grupo de idade, as variedades de registro do óbito. Ficam evidentes as diferenças entre as fontes de informação, até porque cada base tem por objetivo capturar um registro específico. Esperava-se que ao menos os dados dos registros do SINAN e SIH fossem compatíveis por serem registros de mortes hospitalares, mas capturaram de maneira diferente o fenômeno. A base SINAN registrou mais casos de óbitos masculinos por agressão violência sexual que o SIM e o SIH, provavelmente pela especificidade do documento que é capturar violência sexual e doméstica. De qualquer forma o fato reforça a tese de que cada documento produz sua própria estatística.

³³ O SINAN incluiu a variável “identidade de gênero” em sua ficha de notificação da violência sexual e doméstica no ano de 2014, pela brevidade da inclusão não foi possível analisar a variável para o escopo da tese.

A tese registra que houve 24 casos de mortes masculinas causadas por agressão sexual, registradas pelo documento mais importante dos estudos da mortalidade a Declaração de Óbito. O SINAN registrou 34 casos, sendo a maior parte deles entre crianças e adolescentes de 0 a 14 anos.

O pareamento dos dados do SINAN com o sim geraria pesquisa interessante sobre como os 10 óbitos foram classificados pela cid10, provavelmente como “intenção não identificada”.

Tabela 22 comparativa óbitos masculinos por agressão sexual (Y05 ou Evolução óbito por violência e agressão sexual), por grupo de idade, Brasil, 2009 a 2014. Nº absolutos

Grupo Idade	Base	Tipo	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
0 a 14 anos	SIM	Total	0	0	3	0	1	2	6
	SIM	Local hospital	0	0	3	0	0	1	4
	SIH	Evolução óbitos	1	0	0	0	0	0	1
	SINAN	Evolução óbitos	0	3	5	7	7	3	25
15 a 49 anos	SIM	Total	1	4	1	5	4	0	15
	SIM	Local hospital	0	4	0	3	0	0	7
	SIH	Evolução óbitos	1	0	3	1	0	0	5
	SINAN	Evolução óbitos	1	1	1	1	1	0	5
50 anos e mais	SIM	Total	0	0	0	3	0	0	3
	SIM	Local hospital	0	0	0	0	0	0	0
	SIH	Evolução óbitos	1	1	1	0	0	0	3
	SINAN	Evolução óbitos	1	1	0	1	0	1	4

Fonte: Ministério da Saúde – SIM/SIH/SINAN (SUS).

Na tabela 23, sobre o caso feminino, os óbitos foram mais numerosos e não devem ser interpretados como fatos isolados, mas como causa elucidativa do impacto da opressão de gênero contra mulheres, sobretudo pelos significados da violação sexual contra mulheres e sua relação com a tortura e controle do corpo feminino.

O Sistema de Informação de Mortalidade registrou 91 óbitos femininos por agressão sexual de 2009 a 2014, o Sistema de Informações Hospitalares registrou três evoluções para óbitos de suas internações por agressão sexual, o SINAN registrou 152 ocorrências de evolução óbito de suas notificações de agressão sexual.

Como pode ser observado existe diferença de quantidade de óbitos por agressão sexual capturada nas diferentes bases analisadas também para o caso feminino. Mais uma vez o SINAN foi o documento que capturou mais óbitos femininos por agressão sexual, por já ter como proposta a captura da violência sexual. O SIM registrou 91 feminicídios sexuais, houve uma concentração nas vítimas menores de 14 anos (44 óbitos), seguido pelas vítimas de 15 a 49 anos (38 óbitos), e em seguida as de 50 anos e mais (18 óbitos), no período estudado. Foi a base que menos registrou feminicídios

sexuais, total de três casos. Entre os 152 óbitos registrados pelo SINAN houve também diferença quanto à concentração etária, apresentando mais vítimas de 15 a 49 anos, 73 casos, enquanto o grupo de 0 a 14 anos somaram 61 casos, ao contrário do dado apresentado pelo SIM, que registrou maior concentração dos casos no grupo etário de 0 a 14 anos.

Tabela 23.

Tabela comparativa feminicídios sexuais (Y05 ou Evolução óbito por violência e agressão sexual), por grupo de idade, Brasil, 2009 a 2014. Nº absolutos

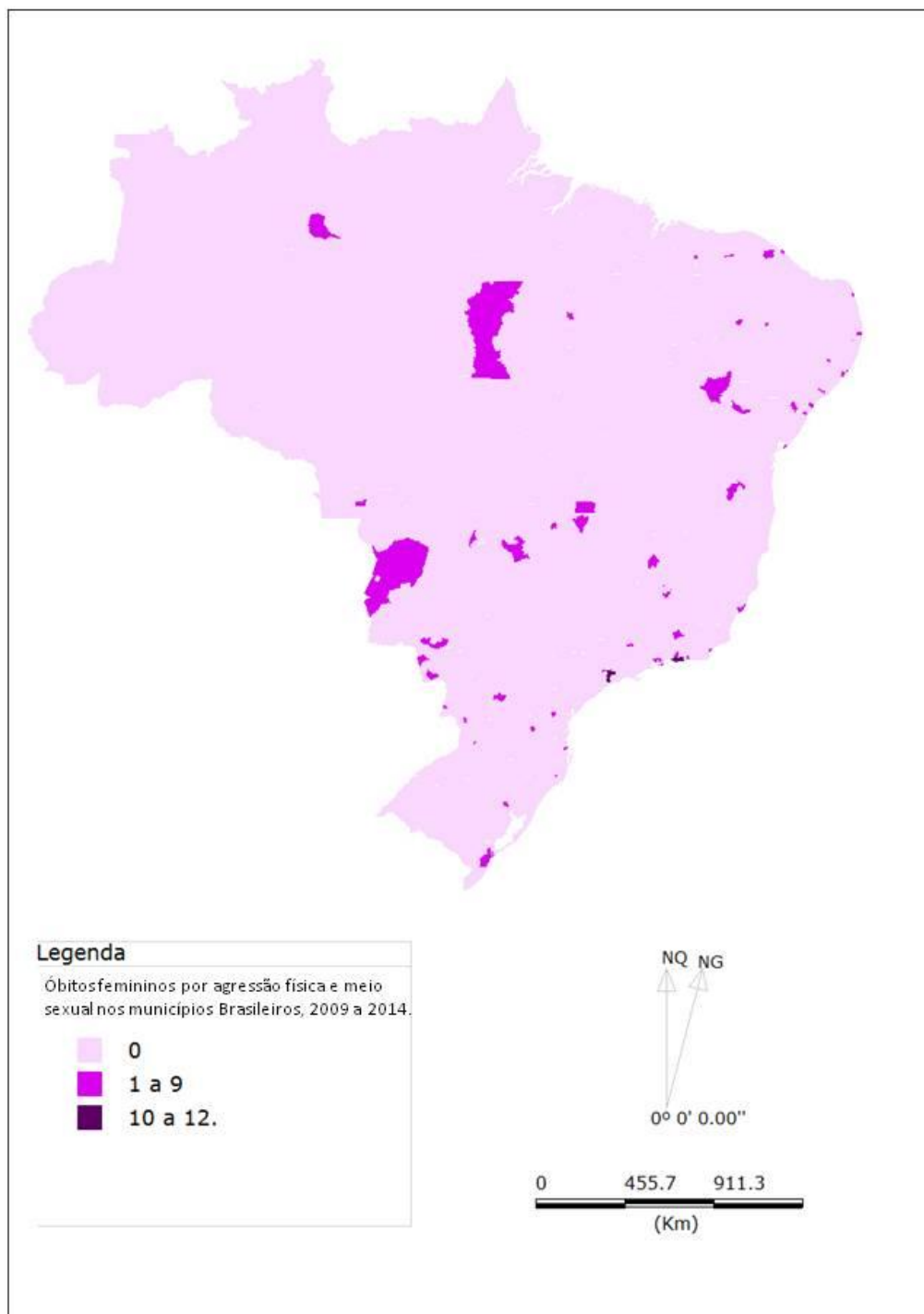
Grupo Idade	Base	Tipo	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
0 a 14 anos	SIM	Total	7	4	5	12	13	3	44
	SIM	Local hospital	4	1	1	5	4	1	16
	SIH	Evolução óbitos	0	0	0	0	0	0	0
	SINAN	Evolução óbitos	4	5	7	15	18	12	61
15 a 49 anos	SIM	Total	2	9	6	6	10	5	38
	SIM	Local hospital	0	4	0	2	4	1	11
	SIH	Evolução óbitos	1	1	0	1	0	0	3
	SINAN	Evolução óbitos	2	8	7	13	30	13	73
50 anos e mais	SIM	Total	1	2	1	3	2	0	9
	SIM	Local hospital	0	0	1	3	2	0	6
	SIH	Evolução óbitos	0	0	0	0	0	0	0
	SINAN	Evolução óbitos	0	2	4	6	4	2	18

Fonte: Ministério da Saúde – SIM/SIH/SINAN (SUS).

O Mapa 3 a seguir apresenta a distribuição dos óbitos femininos por agressão sexual, feminicídios sexuais, nos municípios brasileiros. Pode-se notar que o fenômeno afetou alguns municípios específicos e que há uma grande concentração de casos na região Sudeste do país. No mapa os municípios com manchas mais escuras são respectivamente Rio de Janeiro, com 12 óbitos, e São Paulo com 10 casos. A maioria dos municípios assinalados eram municípios capitais, mas assim como os outros mapas aqui apresentados sofrem a influência da sua relação direta com a concentração da população feminina e também com a maior cobertura para registros de óbitos e melhor classificação das causas básicas de óbito, o que pode levar aos equívocos de leitura.

O objetivo de produzir estes mapas é muito mais de ilustrar a dispersão do fenômeno no território nacional segundo a menor categoria espacial disponível nos bancos de dados em saúde de livre acesso, que no caso são os municípios, do que produzir a pretensão de reproduzir a realidade espacial destes óbitos que sofrem as diversas influências mencionadas, tomam-se os mapas como ilustrativos e não representativos.

MAPA 3. Distribuição em números absolutos dos feminicídios sexuais segundo municípios brasileiros, total de 2009 a 2014. SIM, (óbitos femininos por agressão física sexual)



Elaboração: Romio, 2017.

4.4 Elementos que podem caracterizar o feminicídio sexual e doméstico com dados do SINAN

A seguir são apresentadas análises específicas sobre feminicídios domésticos e sexuais cotejando informações capturadas nas “Notificações Compulsórias da Violência Doméstica e Sexual” - SINAN. A operação leva em conta a limitação dos dados do SIM em especificar as agressões e a especialidade do SINAN em caracterizar a violência doméstica e sexual.

As informações elaboradas a seguir têm como base de informação as notificações compulsórias da violência sexual, doméstica e outras violências do SINAN, do ano de 2009 a 2014, pela análise das vítimas registradas com tipos de evolução morte por violência (variável EVOLUÇÃO = 3 ‘óbito por violência’).

Até o presente momento as análises feitas apontavam para diferenciais por sexo, para discutir os motivos que sustentam a importância do estudo das mortes violentas femininas e sua relação com as demais mortes diante da mortalidade masculina, dada a ênfase à sobremortalidade masculina. Como foi apontado no capítulo 3, existe a necessidade de uma leitura da mortalidade por sexo balizada por aproximações de escala para a comparação de volumes tão diferentes.

Foi dado destaque às mortes reprodutivas e às causas externas relacionadas às violências domésticas e sexuais, isto porque a literatura sobre os feminicídios e sobre a dominação feminina aponta para a reprodução, a sexualidade e a vida doméstica como pontos críticos na desigualdade que afeta as condições de vida das mulheres e no caso se fazem marcantes também nas mortes. Foi possível entender que as mortes femininas e masculinas se aproximam na escala de comparação, no caso usando o total de cada um dos sexos e não um total unificado se vê nestas mortes sexuais e domésticas estão as maiores diferenças, além da especificidade das reprodutivas.

Ademais, se observou que cada fonte de informação em saúde tem seu perfil e potencial para capturar estas informações. Ficou evidente que as mortes reprodutivas são facilmente identificáveis no banco de dados do SIM, que o SIH mostra muito bem o padrão de morbidade por aborto e que o SINAN caracteriza muito bem a violência letal sexual, com grau de cobertura maior que as outras bases de saúde, além de poder ser utilizada de forma complementar ao percentual de óbitos interpretados como violência doméstica capturados pelo SIM.

Doravante são trabalhadas estatísticas específicas sobre óbitos por violência registrados no SINAN. São desagregados os tipos de violência que levam à morte, buscando caracterizar os feminicídios domésticos e sexuais, aproximando-se mais de uma análise de gênero das estatísticas e desigualdades especificidades das mulheres, com análise descritiva das características demográficas, geográficas e contextuais do óbito por violência para eles. As tabulações foram feitas através de base com

microdados (banco de dados brutos) e trabalhadas com o programa estatístico SPSS, como exposto no capítulo 2.

Pôde-se notar que há uma pequena diferença entre óbitos apresentados na versão virtual da ficha de notificação compulsória da violência doméstica e sexual do SINAN e os óbitos da base de dados brutos, microdados, provavelmente devido à atualização das informações ou reclassificação dos óbitos em outras categorias de “evolução” do caso, como evolução “Óbito por outras causas”.

Na tabela 24 podem ser notadas estas diferenças. Elas são mais acentuadas na notificação masculina que feminina. Interessante notar que até 2009 os contingentes eram muito próximos e ligeiramente superiores no banco bruto - cerca de 2% a mais. Entretanto, nos anos seguintes há inversão desse padrão, que acompanha o aumento importante dos registros para ambos os sexos. Entre 2011 e 2012 houve cerca de 60% de crescimento sendo os registros masculinos levantados pelo TABNET 15% maior que o total levantado pelos microdados. Para os homens, a mesma tendência é observada entre 2012 e 2013 e 2013 e 2014, sendo em 2014 o número de registros no TABENET 45% superior daqueles levantados pelos microdados (2518 vs 1740). Para os óbitos femininos não há diferenças tão importantes entre as contagens efetuadas nas duas fontes.

Tabela 24 comparativa óbitos por violência segundo sexo, TABNET e Banco de dados Brutos, Brasil 2009- 2014

Sexo	Versão SINAN	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Masculino	SINAN TABNET	395	1043	1332	2285	2567	2518	10140
	SINAN BRUTO	402	1058	1346	1979	2256	1740	8538
Feminino	SINAN TABNET	153	449	671	936	1053	922	4184
	SINAN BRUTO	159	455	694	917	1055	930	4453
Ignorado	SINAN TABNET	0	1	0	1	2	2	6
	SINAN BRUTO	0	1	0	1	1	1	4
Total	SINAN TABNET	548	1493	2003	3222	3622	3442	14330
	SINAN BRUTO	561	1514	2040	2897	3312	2671	12995

Fonte: Ministério da Saúde - SINAN/VIVA/SVS/SUS.

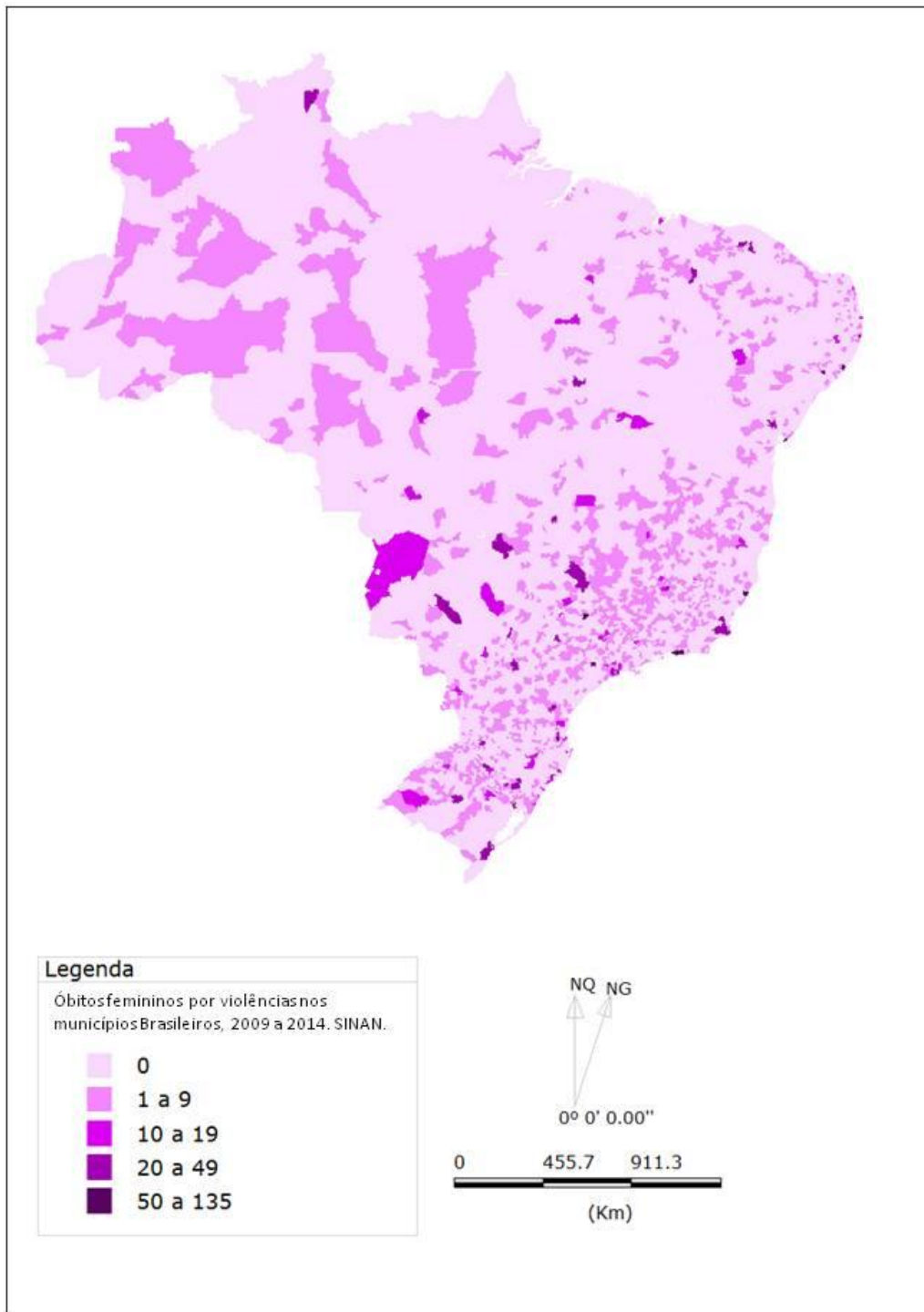
Embora seja tema relevante para pesquisas futuras focadas na gestão de informações sobre violência na área da saúde, considera-se que tais diferenças não sejam enviesadas ao ponto de interferir nas análises que se seguem. Tais análises buscam estudar as especificidades das causas e contextos em que se deram cada evento, e são possíveis somente por meio dos microdados.

Lançando mão de cruzamentos entre variáveis disponibilizadas no banco bruto, busca-se trazer luz às questões relativas ao feminicídio sexual e doméstico, assim como expor as outras violências notificadas para mulheres neste documento. Importante assinalar que esta base está em melhoramento da cobertura gradualmente, pois iniciou

ainda em 2007 passando a compor o quadro de indicadores em saúde nacionais apenas em 2009.

Os registros do SINAN indicam que os óbitos por violência se distribuem em diversos municípios brasileiros, no Mapa 4 pode ser vista esta distribuição com destaque à concentração em capitais e no eixo Sudeste-Sul do país. Este padrão espacial é esperado por dois motivos principais. O primeiro obviamente está ligado à própria distribuição e concentração da população brasileira. O segundo está ligado à melhor cobertura e qualidade das informações dos registros dos eventos vitais e de saúde ocorridos nos grandes centros urbanos do país, questão a ser abordada mais a frente.

MAPA 4. Distribuição em números absolutos dos óbitos femininos por violência, segundo municípios brasileiros, total de 2009 a 2014. SINAN



Elaboração: Romio, 2017.

Na tabela 25, Os óbitos por violência registrados no SINAN podem ser reclassificados em dois tipos – o autoprovocado (lesão autoprovocada) e o provocado (outros tipos de violência).³⁴

É importante notar que as violências podem sobrepor-se, mas a de tipo autoprovocada pode ser isolada como tipo diferente das provocadas. De 2009 a 2014 o registro notificou 1.506 óbitos femininos por lesão autoprovocada, sendo a maior parte por lesão física, e 2.704 óbitos femininos de violências provocadas, nos quais a maior parcela apresenta violência física, psicológica, negligência e tortura.

Tabela 25 Natureza e Tipo de lesão dos óbitos femininos por violência, SINAN, Brasil, 2009 a 2014

Natureza	Tipo de lesão	2009	2010	2011	2012	2013	2014	total
Autoprovocada	Física	38	99	142	209	271	222	981
	Psicológica	3	4	13	12	17	15	64
	Tortura	0	1	5	3	2	3	14
	Sexual	0	1	0	0	2	1	4
	Tráfico	0	0	0	0	1	0	1
	Financeira	0	0	0	1	0	0	1
	Negligência	0	4	4	2	3	2	15
	Infantil	0	0	0	0	0	0	0
	Legal	0	0	1	0	0	0	1
	Outra	13	31	126	159	113	112	554
	Total	52	126	258	362	377	331	1506
Provocada	Física	98	295	380	498	600	541	2412
	Psicológica	15	42	45	88	90	66	346
	Tortura	6	14	31	51	70	46	218
	Sexual	6	15	22	38	50	27	158
	Tráfico	0	0	0	2	0	0	2
	Financeira	1	4	4	7	8	2	26
	Negligência	8	24	42	46	70	49	239
	Infantil	0	0	2	1	1	1	5
	Legal	0	0	1	2	1	0	4
	Outra	4	16	26	28	22	23	119
	Total	107	329	436	555	678	599	2704

Fonte: Ministério da Saúde - SINAN/VIVA/SVS/SUS.

Na tabela 26, o perfil sociodemográfico destes óbitos por violência autoprovocada demonstra que as vítimas de mortes por violência (autoprovocada e provocada) eram em cerca 65% dos casos mulheres do grupo de idade de 15 a 49 anos, em mais de 60% dos casos eram pertencentes a raça cor branca, fazendo a ressalva que o dado de raça/cor é em cerca de 8% dos dados ignorado. A escolaridade mais frequente é a fundamental, cerca de 40% dos casos, e em cerca de 20% dos casos a vítima era portadora de alguma deficiência ou transtorno. Importante ressaltar, entretanto, que as informações sobre escolaridade e apresentação de algum grau de deficiência física ou

³⁴ “Violência física”, “violência psicológica”, “violência tortura”, “violência sexual”, “violência tráfico”, “violência financeira”, “violência negligência”, “violência infantil”, “violência legal” e “outras violências”.

transtornos apresentam mais de 30% de missing. Isto é, devem ser consideradas com muito cuidado.

Tabela 26 Perfil sociodemográfico dos óbitos femininos por violências autoprovocadas, 2009 a 2011, Brasil, SINAN

Óbitos femininos por violência autoprovocada	2009		2010		2011		2012		2013		2014		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Idade	0 a 14	3	5.8	6	4.8	7	2.7	9	2.5	10	2.7	14	4.2
	15 a 49	35	67.3	88	69.8	182	70.5	227	62.7	250	66.3	211	63.7
	50 e +	14	26.9	32	25.4	69	26.7	126	34.8	117	31.0	106	32.0
Raça/cor	Branca	23	44.2	73	57.9	173	67.1	254	70.2	244	64.7	204	61.6
	Preta	3	5.8	8	6.3	17	6.6	11	3.0	14	3.7	15	4.5
	Amarela	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.3	1	0.3	0	0.0
	Parda	19	36.5	31	24.6	45	17.4	63	17.4	81	21.5	85	25.7
	Indígena	0	0.0	3	2.4	1	0.4	0	0.0	8	2.1	5	1.5
	Ignorada	7	13.5	11	8.7	22	8.5	33	9.1	29	7.7	22	6.6
Escolaridade	Sem instrução	1	1.9	2	1.6	2	0.8	10	2.8	4	1.1	3	0.9
	Fundamental	13	25.0	46	36.5	79	30.6	124	34.3	158	41.9	128	38.7
	Médio	5	9.6	12	9.5	43	16.7	62	17.1	55	14.6	58	17.5
	Universitário	3	5.8	7	5.6	21	8.1	20	5.5	23	6.1	14	4.2
	Não se aplica	2	3.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Ignorado	28	53.8	59	46.8	113	43.8	146	40.3	137	36.3	128	38.7
Deficiência ou transtorno	Sim	11	21.2	28	22.2	46	17.8	97	26.8	76	20.2	73	22.1
	Não	14	26.9	45	35.7	113	43.8	146	40.3	173	45.9	140	42.3
	Ignorado	27	51.9	53	42.1	99	38.4	119	32.9	128	34.0	118	35.6

Fonte: Ministério da Saúde - SINAN/VIVA/SVS/SUS.

Na Tabela 27, do total 35 mulheres estavam gestantes, as vítimas em 30% dos casos eram solteiras e em outros 40% casadas ou unidas. Em 28 casos

foi registrado que as vítimas mantinham relação sexual com mulheres ou com ambos os sexos. Como esperado, pela complexidade que o levantamento desta informação possui, ela ainda apresenta um altíssimo grau de falta de informação: 73,1% em 2009, diminuindo para 52,6% em 2014.

Tabela 27 Perfil sociodemográfico dos óbitos femininos por violências autoprovocadas, 2009 a 2011, Brasil, SINAN

Óbitos femininos por violência		2009		2010		2011		2012		2013		2014	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grávida	Sim	4	7.7	3	2.4	11	4.3	9	2.5	5	1.3	3	0.9
	Não	28	53.8	80	63.5	151	58.5	231	63.8	258	68.4	240	72.5
	Não se aplica	6	11.5	18	14.3	38	14.7	65	18.0	57	15.1	44	13.3
	Ignorado	14	26.9	25	19.8	58	22.5	57	15.7	57	15.1	44	13.3
Situação conjugal	Solteiro	17	32.7	46	36.5	91	35.3	106	29.3	119	31.6	96	29.0
	Casada/ Unida	17	32.7	49	38.9	100	38.8	135	37.3	143	37.9	143	43.2
	Viúvo	4	7.7	6	4.8	12	4.7	32	8.8	22	5.8	16	4.8
	Separado	1	1.9	8	6.3	12	4.7	41	11.3	33	8.8	24	7.3
	Não se aplica	2	3.8	0	0.0	3	1.2	1	0.3	2	0.5	4	1.2
	Ignorado	11	21.2	17	13.5	40	15.5	47	13.0	61	16.2	48	14.5
Relação sexual	só com homem	10	19.2	36	28.6	84	32.6	132	36.5	126	33.4	124	37.5
	só com mulher	0	0.0	2	1.6	2	0.8	1	0.3	12	3.2	7	2.1
	ambos	0	0.0	0	0.0	1	0.4	2	0.6	1	0.3	0	0.0
	Não se aplica	4	7.7	7	5.6	21	8.1	33	9.1	44	11.7	26	7.9
	Ignorado	38	73.1	81	64.3	150	58.1	194	53.6	194	51.5	174	52.6

Fonte: Ministério da Saúde - SINAN/VIVA/SVS/SUS.

4.4.1 Aspectos sociodemográficos dos óbitos femininos por violência provocada

As análises a seguir centralizam-se em 2.704 óbitos femininos por violência provocada. O objetivo desta operação é conseguir em certos momentos da análise ser capaz de retornar ao registrado no SIM sobre mortes por agressões, para complementar ao menos com perguntas os dados sobre feminicídios domésticos e sexuais para possíveis análises engendradas com dados secundários oficiais.

Na tabela 28, o perfil sociodemográfico destes óbitos demonstra que as vítimas de mortes por violência (provocada) eram em cerca 70% dos casos mulheres do grupo de idade de 15 a 49 anos, em mais de 40% dos casos eram pertencentes a raça cor branca, fazendo a ressalva que o dado de raça/cor é em cerca de 10% dos dados ignorado. A escolaridade mais frequente é a fundamental, cerca de 40% dos casos, e em cerca de 5% dos casos a vítima era portadora de alguma deficiência ou transtorno.

Tabela 28 Perfil sociodemográfico dos óbitos femininos por violências provocadas, 2009 a 2011, Brasil, SINAN

Óbitos femininos por violência provocada	2009		2010		2011		2012		2013		2014		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Idade	0 a 14	17	15.9	40	12.2	64	14.7	71	12.8	93	13.7	101	16.9
	15 a 49	80	74.8	241	73.3	302	69.3	388	69.9	489	72.1	420	70.1
	50 e +	10	9.3	48	14.6	70	16.1	96	17.3	95	14.0	78	13.0
Raça/cor	Branca	44	41.1	152	46.2	191	43.8	246	44.3	263	38.8	247	41.2
	Preta	5	4.7	26	7.9	28	6.4	34	6.1	59	8.7	44	7.3
	Amarela	1	0.9	4	1.2	3	0.7	5	0.9	2	0.3	1	0.2
	Parda	37	34.6	100	30.4	142	32.6	182	32.8	251	37.0	221	36.9
	Indígena	1	0.9	1	0.3	2	0.5	0	0.0	7	1.0	7	1.2
	Ignorada	19	17.8	41	12.5	55	12.6	68	12.3	80	11.8	59	9.8
Escolaridade	Sem instrução	2	1.9	10	3.0	12	2.8	9	1.6	15	2.2	19	3.2
	Fundamental	29	27.1	89	27.1	111	25.5	154	27.7	180	26.5	178	29.7
	Médio	14	13.1	34	10.3	45	10.3	57	10.3	92	13.6	69	11.5
	Universitário	2	1.9	13	4.0	10	2.3	9	1.6	13	1.9	15	2.5
	Não se aplica	43	40.2	123	37.4	166	38.1	207	37.3	239	35.3	260	43.4
	Ignorado	12	11.2	31	9.4	45	10.3	45	8.1	50	7.4	58	9.7
Pessoa com Deficiênc	Sim	3	2.8	20	6.1	22	5.0	30	5.4	27	4.0	25	4.2
	Não	54	50.5	185	56.2	265	60.8	325	58.6	428	63.1	381	63.6
	Ignorado	49	45.8	122	37.1	135	31.0	175	31.5	206	30.4	179	29.9

Fonte: Ministério da Saúde - SINAN/VIVA/SVS/SUS.

Na tabela 29, pode-se averiguar que em aproximadamente 5% dos casos as vítimas estavam grávidas, em 30% dos casos eram solteiras e em outros 25% casadas ou unidas. Em 68 casos as vítimas mantinham relação sexual com mulheres ou com ambos os sexos.

Tabela 29 Perfil sociodemográfica dos óbitos femininos por violências provocadas, 2009 a 2011, Brasil, SINAN

Óbitos femininos por violência	2009		2010		2011		2012		2013		2014		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Grávida	Sim	7	6.5	15	4.6	9	2.1	25	4.5	26	3.8	20	3.3
	Não	50	46.7	164	49.8	236	54.1	308	55.5	355	52.4	316	52.8
	Não se aplica	18	16.8	72	21.9	85	19.5	114	20.5	152	22.4	140	23.4
	Ignorado	32	29.9	78	23.7	106	24.3	108	19.5	145	21.4	123	20.5
Situação conjugal			0.0	0.0		0.0		0.0		0.0		0.0	
	Solteiro	36	33.6	81	24.6	136	31.2	190	34.2	253	37.3	221	36.9
	Casada/ Unida	34	31.8	73	22.2	112	25.7	151	27.2	165	24.3	145	24.2
	Viúvo	3	2.8	15	4.6	18	4.1	32	5.8	19	2.8	20	3.3
	Separado	4	3.7	15	4.6	33	7.6	46	8.3	48	7.1	37	6.2
	Não se aplica	12	11.2	32	9.7	53	12.2	53	9.5	63	9.3	79	13.2
Relação sexual	Ignorado	15	14.0	43	13.1	74	17.0	68	12.3	100	14.7	80	13.4
			0.0	0.0		0.0		0.0		0.0		0.0	
	só com homens	25	23.4	69	21.0	133	30.5	179	32.3	201	29.6	188	31.4
	só com mulheres	1	0.9	4	1.2	9	2.1	15	2.7	8	1.2	13	2.2
	homem e mulher	0	0.0	4	1.2	2	0.5	1	0.2	5	0.7	2	0.3
	Não se aplica	20	18.7	46	14.0	87	20.0	85	15.3	106	15.6	106	17.7
	Ignorado	56	52.3	122	37.1	181	41.5	246	44.3	323	47.6	266	44.4

Fonte: Ministério da Saúde - SINAN/VIVA/SVS/SUS.

4.4.2 Aspectos geográficos dos óbitos femininos por violência provocada

A tabela 30 apresenta os achados sobre aspectos geográficos dos óbitos por violência registrados pelo SINAN, trata da distribuição por UFs. Os óbitos por violência provocada foram notificados em todas as 27 UFs do Brasil, as mais frequentes foram São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul pelo SINAN. Estas concentrações têm bastante relação com a expansão e implementação da notificação das violências, o que pode ser comprovado ao acompanhar a proporcionalidade da UF São Paulo, estado que participou do piloto da implementação da notificação com mais de um município, o peso proporcional inicia-se em 2009 como 37% das notificações tem queda gradual até chegar ao índice de 12,7%.

Tabela 30 Óbitos femininos por violências provocadas, por UF, 2009 a 2011, Brasil, SINAN

UF	2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Rondônia	1	0.9	0	0.0	1	0.2	5	0.9	4	0.6	0	0.0
Acre	0	0.0	1	0.3	0	0.0	1	0.2	1	0.1	2	0.3
Amazonas	2	1.9	1	0.3	9	2.1	8	1.4	6	0.9	6	1.0
Roraima	0	0.0	6	1.8	0	0.0	0	0.0	1	0.1	3	0.5
Pará	0	0.0	0	0.0	3	0.7	5	0.9	3	0.4	4	0.7
Amapá	1	0.9	1	0.3	0	0.0	1	0.2	0	0.0	3	0.5
Tocantins	4	3.7	3	0.9	6	1.4	5	0.9	13	1.9	2	0.3
Maranhão	2	1.9	10	3.0	6	1.4	23	4.1	19	2.8	13	2.2
Piauí	1	0.9	7	2.1	5	1.1	9	1.6	12	1.8	5	0.8
Ceará	3	2.8	3	0.9	9	2.1	13	2.3	5	0.7	14	2.3
Rio Grande do Norte	0	0.0	3	0.9	7	1.6	7	1.3	8	1.2	11	1.8
Paraíba	5	4.7	6	1.8	7	1.6	7	1.3	13	1.9	7	1.2
Pernambuco	10	9.3	24	7.3	25	5.7	38	6.8	63	9.3	21	3.5
Alagoas	7	6.5	11	3.3	20	4.6	15	2.7	17	2.5	23	3.8
Sergipe	1	0.9	0	0.0	0	0.0	2	0.4	1	0.1	1	0.2
Bahia	4	3.7	30	9.1	33	7.6	42	7.6	29	4.3	41	6.8
Minas Gerais	3	2.8	21	6.4	58	13.3	82	14.8	103	15.2	105	17.5
Espirito Santo	0	0.0	0	0.0	1	0.2	7	1.3	33	4.9	27	4.5
Rio de Janeiro	4	3.7	8	2.4	23	5.3	25	4.5	33	4.9	19	3.2
São Paulo	40	37.4	82	24.9	86	19.7	86	15.5	88	13.0	74	12.4
Paraná	3	2.8	19	5.8	28	6.4	46	8.3	69	10.2	43	7.2
Santa Catarina	2	1.9	32	9.7	25	5.7	29	5.2	43	6.3	37	6.2
Rio Grande do Sul	1	0.9	39	11.9	43	9.9	62	11.2	59	8.7	82	13.7
Mato Grosso do Sul	3	2.8	8	2.4	11	2.5	7	1.3	21	3.1	12	2.0
Mato Grosso	4	3.7	4	1.2	11	2.5	12	2.2	15	2.2	20	3.3
Goiás	6	5.6	9	2.7	15	3.4	15	2.7	16	2.4	21	3.5
Distrito Federal	0	0.0	1	0.3	4	0.9	3	0.5	3	0.4	3	0.5

Fonte: Ministério da Saúde - SINAN/VIVA/SVS/SUS.

A tabela 31 apresenta-se a comparação dos volumes óbitos femininos relacionados como por violência no SINAN e o volume de óbitos femininos registrados como agressão no SIM. Foi possível perceber diferença entre estes volumes. No caso dos estados de Minas Gerais e Rio Grande do Sul é possível verificar que seu potencial de registrar óbitos por violência provocada vem se aprimorando ano após ano e seu grau de relação entre o número de óbito notificados no SINAN são os que mais se aproximam do real valor de óbitos por agressão registrado pelo SIM, cerca de 25% no ano de 2014, ao passo que para as outras UFs este índice é de menos de 10%. O que pode ser aprendido com este dado é o potencial da notificação se adotada seriamente em todo o território nacional.

Tabela 31 óbitos femininos por violências provocadas - SINAN e por Agressão - SIM, por UF, 2009 a 2011, Brasil

UF	2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	SINAN	SIM	SINAN	SIM	SINAN	SIM	SINAN	SIM	SINAN	SIM	SINAN	SIM
Rondônia	1	51	0	37	1	48	5	50	4	50	0	56
Acre	0	16	1	19	0	18	1	16	1	32	2	20
Amazonas	2	67	1	65	9	81	8	118	6	96	6	80
Roraima	0	24	6	11	0	10	0	17	1	36	3	24
Pará	0	180	0	230	3	186	5	232	3	230	4	249
Amapá	1	12	1	16	0	19	1	17	0	19	3	20
Tocantins	4	31	3	34	6	49	5	49	13	40	2	35
Maranhão	2	87	10	117	6	131	23	114	19	131	13	152
Piauí	1	31	7	40	5	32	9	46	12	47	5	63
Ceará	3	138	3	173	9	187	13	219	5	278	14	285
Rio Grande do Norte	0	57	3	71	7	76	7	64	8	89	11	102
Paraíba	5	98	6	119	7	140	7	137	13	126	7	117
Pernambuco	10	304	24	246	25	261	38	215	63	256	21	239
Alagoas	7	111	11	137	20	138	15	133	17	142	23	125
Sergipe	1	36	0	43	0	60	2	62	1	56	1	74
Bahia	4	343	30	435	33	444	42	433	29	421	41	385
Minas Gerais	3	402	21	407	58	457	82	460	103	427	105	403
Espirito Santo	0	216	0	174	1	167	7	163	33	171	27	140
Rio de Janeiro	4	349	8	336	23	366	25	364	33	386	19	461
São Paulo	40	658	82	676	86	578	86	638	88	620	74	612
Paraná	3	331	19	338	28	283	46	321	69	283	43	283
Santa Catarina	2	93	32	110	25	74	29	104	43	102	37	111
Rio Grande do Sul	1	225	39	227	43	202	62	247	59	210	82	250
Mato Grosso do Sul	3	65	8	76	11	78	7	77	21	75	12	85
Mato Grosso	4	94	4	80	11	86	12	99	15	90	20	111
Goiás	6	165	9	182	15	262	15	247	16	271	21	290
Distrito Federal	0	76	1	66	4	79	3	77	3	78	3	60
Total	107	4260	329	4465	436	4512	555	4719	678	4762	599	4832

Fonte: Ministério da Saúde - SINAN/VIVA/SVS/SUS.

A tabela 32 apresenta a prevalência do óbito por violência provocada na sua ocorrência em capitais. O estudo da relação entre ser uma capital brasileira demonstra que há bastante frequência de notificações nas capitais, cerca de 20% dos casos. Isso diz

respeito ao caminho de ampliação das notificações e sua capilarização no território nacional, pode-se notar que a incidência em capitais foi caindo ao longo do período estudado, que tem relação com o peso proporcional destes municípios e não ao número de capturados que vem crescendo ao longo do tempo com queda em 2014.

Tabela 32 Óbitos femininos por violências provocadas, frequência na capital, 2009 a 2011, Brasil, SINAN

CAPITAL	2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	32	29.9	54	16.4	95	21.8	122	22	147	21.7	108	18
Não	75	70.1	275	83.6	341	78.2	433	78	531	78.3	491	82
Total	107	100	329	100	436	100	555	100	678	100	599	100

Fonte: Ministério da Saúde - SINAN/VIVA/SVS/SUS.

A tabela 33 apresenta a frequência significativa de registro de violência nos 588 municípios de fronteira internacional. Foram cerca de 10% dos registros. Embora esse não seja o objetivo desta pesquisa, é importante propor este olhar pelo conhecimento através do caso mexicano em que há uma sobre violência contra as mulheres em contextos de migração laboral nas fronteiras com os Estados Unidos. O Sistema Integrado de Saúde na Fronteira (SIS-Fronteira) pode ser uma fonte de informações relevante para aprofundamento desta questão específica.

Tabela 33 Óbitos femininos por violências provocadas, frequência em municípios de fronteira internacional, 2009 a 2011, Brasil, SINAN

FRONTEIRA	2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	7	6.5	29	8.8	26	6	47	8.5	65	9.6	62	10.4
Não	100	93.5	300	91.2	410	94	508	91.5	613	90.4	537	89.6
Total	107	100	329	100	436	100	555	100	678	100	599	100

Fonte: Ministério da Saúde - SINAN/VIVA/SVS/SUS.

4.4.3 Femicídios domésticos no SINAN

Outra análise espacial importante para entender o feminicídio e sua relação com o espaço é a grande incidência de casos de agressões e mortes de mulheres dentro do domicílio, nos óbitos femininos por violência provocadas, registrados pelo SINAN. Na tabela 34 foi possível perceber a alta incidência deste local das ocorrências, cerca de 50% dos casos, em seguida a via pública com 20%, e 3% de casos ocorridos em bares e similares e 2% em comércios e serviços. Ou seja, seguindo o entendimento dos feminicídios domésticos simplificados a serem entendidos como as mortes por violência ocorridas na residência/domicílio foram registrados no SINAN 1.305 óbitos que se

enquadram nesta classificação, no período de 2009 a 2014, em que representavam 50% dos casos de óbitos por violência provocada.

Tabela 34 Óbitos femininos por violências provocadas, por local de ocorrência, 2009 a 2011, Brasil, SINAN

LOCAL	2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Residência	50	47.6	178	54.6	213	50.1	268	49.3	312	47.3	284	48.5
Habituação coletiva	0	0.0	2	0.6	0	0.0	2	0.4	3	0.5	1	0.2
Escola	1	1.0	3	0.9	3	0.7	5	0.9	4	0.6	1	0.2
Local de prática espo	1	1.0	2	0.6	2	0.5	0	0.0	2	0.3	2	0.3
Bar ou similar	1	1.0	10	3.1	11	2.6	13	2.4	18	2.7	18	3.1
Via pública	22	21.0	64	19.6	92	21.6	136	25.0	163	24.7	156	26.6
Comércio/Serviços	0	0.0	4	1.2	11	2.6	5	0.9	11	1.7	13	2.2
Indústrias/ construção	1	1.0	2	0.6	0	0.0	3	0.6	1	0.2	1	0.2
Outro	4	3.8	16	4.9	29	6.8	40	7.4	63	9.5	55	9.4
Ignorado	25	23.8	45	13.8	64	15.1	72	13.2	83	12.6	55	9.4
Total	105	100	326	100	425	100	544	100	660	100	586	100

Fonte: Ministério da Saúde - SINAN/VIVA/SVS/SUS.

Na tabela 35, apresenta-se as reflexões sobre a anatomia das violências letais provocadas contra mulheres. Compreendendo o corpo como um território de atuação política dos sexos, podemos notar que há uma prevalência de violência deferida na região da cabeça/face (28% dos casos), que simbolicamente representa a individualidade da pessoa, e regiões múltiplas do corpo (23% dos casos), um indício que pode representar *Proxy* da ocorrência de mutilação do corpo, um dos elementos que caracterizam o feminicídio juridicamente.

Tabela 35 Parte do corpo atingida nos óbitos femininos por violência provocada registrados pelo SINAN, Brasil, 2009 a 2014

Parte do corpo atingida	Nº	%
Cabeça/face	769	28.4
Múltiplos órgãos/regiões	629	23.3
Tórax/dorso	406	15.0
Pescoço	252	9.3
Abdome	146	5.4
Órgãos genitais/ânus	41	1.5
Membros superiores	34	1.3
Membros inferiores	35	1.3
Boca/dentes	8	0.3
Coluna/medula	13	0.5
Quadril/pelve	17	0.6
Não se aplica	104	3.8
Ignorado	250	9.2
Total	2704	100

Fonte: Ministério da Saúde - SINAN/VIVA/SVS/SUS.

A tabela 36 apresenta a relação entre a suposta autoria e a vítima da violência letal provocada contra mulheres, esta é uma informação capturada na base do SINAN. Constatou-se que estes dados tem um grau elevado de missing data, em alguns casos a informação estava em branco e em outros casos a autoria era ignorada, o total de missing data foi retirado do total e não está computada no percentual apresentado abaixo o que gera a diferença nos totais apresentados em relação aos 2.704 óbitos.

A relação familiar representou 12,5% dos casos, a relação conjugal 31,8% e os outros tipos de relação 34,4%. O tipo de relação mais frequente foi o cônjuge que representou 16% dos autores, seguidos dos desconhecidos com 14,6%. As mães se destacaram no grupo das relações familiares (4,2%), o conjuge e ex-cônjuge nas relações conjugais, entre as outras relações destacam-se os desconhecidos (14,6%). Os óbitos cujas relações são familiares e conjugais devem ser interpretados como feminicídios domésticos dentro do entendimento dos elementos que caracterizam os feminicídios. Ou seja, em 44,3% dos casos deveriam ser considerados como feminicídios domésticos pelo tipo de relação entre vítimas e autoria.

Entre as autorias encontramos mães e madrastas, o que é um fato que pode causar grande comoção, pois desde Medeia da tragédia grega de Eurípedes prever que a mãe é capaz de tirar a vida das/os filhas/os é algo que habita os mitos da sociedade patriarcal, porém podemos notar que é um fato social revelado nos dados do SINAN, 4,2% (114 casos) dos autores foram as mãe e outras 5 mulheres eram madrastas das vítimas. Argumenta-se que esta informação não pode ser lida isoladamente, já que a frente quando se cruza esta informação ao número de agressores, nota-se que estas estavam frequentemente em companhia aos pais e padrastos das vítimas. (ver tabela 41)

Tabela 36 Relação com o provável agressor(a) nos óbitos femininos por violência provocada registrados pelo SINAN, Brasil, 2009 a 2014

	Relação	Nº	%
Relação Familiar	Pai	94	3.5
	Mãe	114	4.2
	Padrasto	33	1.2
	Madrasta	5	0.2
	Filho	52	1.9
	Irmão	41	1.5
Relação Conjugal	Conjuge	430	15.9
	Ex-cônjuge	220	8.1
	Namorado	118	4.4
	Ex-namorado	93	3.4
Outras relações	Conhecido	226	8.4
	Desconhecido	395	14.6
	Patrão	2	0.1
	Institucional	8	0.3
	Polícia	14	0.5
	Proprietário	137	5.1
	Outros	140	5.2
	Cuidador	18	0.7

Fonte: Ministério da Saúde - SINAN/VIVA/SVS/SUS.

Somente os registros com informação declarada: 861 casos, 31,8% declarada como relação conjugal; 339 casos, 12,5% como outra relação familiar; e 940 casos, 34,8% como outras relações. Total de 2140 casos com declaração de tipo de relação com o provável agressor, 79,1% do total dos óbitos devido violências provocadas registradas no SINAN.

Outro aspecto interessante que pode ser explorado é o tráfico de seres humanos, que tem relação com território e com a violência contra mulheres. Existe uma mítica construída em torno da pauta do tráfico de seres humanos, sempre se imagina pessoas raptadas e transferidas para o exterior para trabalhos escravos, sexual e doméstico, porém se esquece do tráfico de seres humanos no interior do país, do cárcere privado que muitas jovens e idosas sofrem nas mãos de pessoas conhecidas. No caso dos registros do SINAN, foi possível localizar dois casos em que o tráfico de seres humanos levou ao óbito feminino por violência. No caso dos registros do SINAN, foi possível localizar dois casos em que o tráfico de seres humanos levou ao óbito feminino por violência. Na tabela 37 apresenta-se o resumo dos dois casos classificados neste tipo de violência. As duas vítimas tinham mais de 50 anos, a vítima negra sofreu violência sexual e foi assassinada com golpes de faca, sofreu agressão de vizinho, como também sofreu violência infantil, deduz-se que foi traficada ainda na infância, a vítima foi classificada como pessoa com deficiência ou transtorno, e como existiu violência sexual se tratou de um feminicídio sexual. A vítima branca foi assassinada em município de fronteira por meio de arma de fogo, sofreu agressão do ex-gênero, esta relação com o agressor enquadraria o caso como feminicídio doméstico. Ambas sofreram tortura, também características relatadas nos estudos sobre feminicídios.

Tabela 37 Óbitos femininos por violências provocadas - Tráfico de seres humanos- Características das duas mortes identificadas, 2012, Brasil, SINAN

Características	2012	
	Vítima 1	Vítima 2
<i>Município</i>	Inhaúma- MG	Humaitá- RS
<i>Fronteira</i>	Não	Sim
<i>Grupo de idade</i>	50 anos e mais	50 anos e mais
<i>Raça/cor</i>	Preta	Branca
<i>Escolaridade</i>	Fundamental	Ignorada
<i>Situação Conjugal</i>	Casada/União Consensual	Viúva
<i>Pessoa com Deficiência/Transtorno</i>	Sim	Não
<i>Local da ocorrência</i>	Residência	Residência
<i>Violência Física?</i>	Sim	Sim
<i>Violência Psicológica?</i>	Sim	Sim
<i>Tortura?</i>	Sim	Sim
<i>Violência Sexual?</i>	Sim	Não
<i>Violência Financeira?</i>	Sim	Não
<i>Negligência</i>	Sim	Não
<i>Violência Infantil</i>	Sim	Não
<i>Legal</i>	Sim	Não
<i>Meio da agressão</i>	Objeto de corte	Arma de fogo
<i>Autor -sexo</i>	Masculino	Masculino
<i>Relação</i>	Outro (vizinho)	Outro (ex-genro)

Fonte: Ministério da Saúde - SINAN/VIVA/SVS/SUS.

4.4.4 Femicídios sexuais no SINAN

Antes de analisar as mortes que envolveram violência sexual registradas no SINAN, deve ser esclarecido que inicialmente o banco continha 162 casos em que havia constatação da violência sexual, como foram separados os óbitos de tipo de violência autoprovocada e neles se encontravam 4 vítimas em cujas mortes foi constatado também a violência sexual, estes não figuram no banco dos óbitos por violência provocada, desta forma nosso novo total é de 158 óbitos por violência provocada com violência sexual constatada, no período de 2009 a 2014, 4 casos que podem ser reinterpretados como suicídios resultados da violência sexual, sendo desta forma feminicídios sexuais.

Os feminicídios sexuais capturados no SINAN se diferem dos feminicídios domésticos no perfil da vitimização. As vítimas notificadas tinham uma faixa mais difusa entre a idade de 0 a 14 anos, como 40% dos casos, e 50% dos casos de 15 a 49 anos. As mulheres de raça/etnia preta, parda e indígena somavam 43% dos casos, em 31% das vítimas tinham apenas o ensino fundamental e 13% das vítimas tinham alguma

deficiência ou transtorno. Demonstrando o perfil ainda mais seletivo que o caso doméstico. (tabela 38)

Tabela 38 Óbitos femininos por violências provocadas - violência sexual- Características, 2009 a 2014, Brasil, SINAN

Características		Nº	%
Idade	0 a 14	62	39.2
	15 a 49	77	48.7
	50 e +	19	12.0
Raça/cor	Branca	53	33.5
	Preta	21	13.3
	Amarela	1	0.6
	Parda	58	36.7
	Indígena	5	3.2
	Ignorada	20	12.7
Escolaridade	Sem instrução	2	1.3
	Fundamental	50	31.6
	Médio	14	8.9
	Universitário	3	1.9
	Não se aplica	42	26.6
	Ignorado	35	22.2
Deficiência ou transtorno	Sim	21	13.3
	Não	106	67.1
	Ignorado	31	19.6

Fonte: Ministério da Saúde - SINAN/VIVA/SVS/SUS.

A tabela 39 demonstra o perfil de conjugalidade das vítimas de feminicídios sexuais, violência letal com notificação de violência sexual, registradas pelo SINAN. Em aproximadamente 2% dos casos as vítimas estavam grávidas, em 37% dos casos eram solteiras e em outros 27% não se aplicava. Em três casos as vítimas mantinham relação sexual com mulheres ou com pessoas de ambos os sexos.

Tabela 39 Óbitos femininos por violências provocadas - violência sexual- Conjugalidade, 2009 a 2014, Brasil, SINAN

Características		Nº	%
Grávida	Sim	4	2.5
	Não	76	48.1
	Não se aplica	54	34.2
	Ignorado	24	15.2
Situação conjugal	Solteiro	59	37.3
	Casada/ Unida	28	17.7
	Viúvo	8	5.1
	Separado	5	3.2
	Não se aplica	42	26.6
	Ignorado	16	10.1
Relação sexual	só com homens	49	31.0
	só com mulheres	2	1.3
	homens e mulheres	1	0.6
	Não se aplica	53	33.5
	Ignorado	53	33.5

Fonte: Ministério da Saúde - SINAN/VIVA/SVS/SUS.

A tabela 40 apresenta os tipos de violência sexual e de agressão notificados nos óbitos reclassificados como feminicídios sexuais. Nota-se que a força corporal e o espaçamento representaram 70% dos casos dos óbitos femininos por violência sexual, registrados pelo SINAN no período, e o estupro foi o tipo de violência sexual mais recorrente, 77% dos casos. Importante notar que a pornografia infantil e a exploração sexual também causaram mortes em 6 casos.

tabela 40 Tipo de agressão e tipo de violência sexual dos óbitos femininos por violência sexual registrados pelo SINAN, Brasil, 2009 a 2014

Natureza	Tipo de lesão	Nº	%
Tipo de agressão	Força Corporal/ Espancamento	111	70.3
	Enforcamento	27	17.1
	Objeto contundente	30	19.0
	Objeto perfurante/ Contudente	28	17.7
	Substância/ Objeto quente	4	2.5
	Envenenamento	0	0.0
	Arma de fogo	13	8.2
	Ameça	26	16.5
Tipo violência sexual	Outros	17	10.8
	Assédio Sexual	19	12.0
	Estupro	122	77.2
	Atentado violento ao pudor	20	12.7
	Pornografia Infantil	2	1.3
	Exploração sexual	4	2.5
Total	Outros	7	4.4
		158	100

Fonte: Ministério da Saúde - SINAN/VIVA/SVS/SUS.

4.4.3.1 Violências sexuais e autoria

Entre as autorias identificadas nos óbitos femininos por feminicídios sexuais pode ser localizada tanto a ocorrência dos estupros coletivos, quanto os tipos de relação entre autores e vítima. Na tabela 41 p nota-se que em 47 dos 158 casos houve violência sexual com mais de um envolvido, 30% dos casos. Os conhecidos e desconhecidos compõe o grupo dos autores mais recorrentes, a metade dos casos. Quando a violência coletiva se deu com autoria familiar, 8 dos 15 casos tinham como agressores o pai ou padrasto.

No grupo das relações familiares, sem considerar o número de envolvidos figura o pai como a maior concentração da autoria, 7%, seguido do padrasto, 4,4% e da mãe, 3,2%. No caso da mãe autora de violência sexual é mais provavelmente que a violência sexual aconteça com 2 ou mais envolvidos, 4 dos 5 casos notificados. Apontando que o incesto também causa mortes de mulheres.

Conhecidos e desconhecidos respondem juntos a 28% das agressões sexuais. E no grupo de conjugal a autoria mais persistente é o conjugue, 6,3% dos casos.

Tabela 41 Relação com o provável agressor(a) e número de envolvidos nos óbitos femininos por violência sexual registrados pelo SINAN, Brasil, 2009 a 2014

Natureza	Relação	Número de envolvidos			Total	
		1	2 ou mais	Ignorado	Nº	%
Relação Familiar	Pai	6	5	0	11	7.0
	Mãe	1	4	0	5	3.2
	Padrasto	4	3	0	7	4.4
	Madrasta	0	0	0	0	0.0
	Filho	0	0	1	1	0.6
	Irmão	3	3	0	6	3.8
Relação Conjugal	Conjuge	9	1	0	10	6.3
	Ex-conjuge*	5	1	0	7	4.4
	Namorado	3	3	0	6	3.8
	Ex-namorado	2	3	0	5	3.2
Outras relações	Conhecido	11	12	2	26	16.5
	Desconhecido	13	10	11	34	21.5
	Patrão	0	0	0	0	0.0
	Institucional	0	0	0	0	0.0
	Polícia	0	1	0	1	0.6
	Proprietário	0	0	0	0	0.0
	Outros	7	1	5	13	8.2
Cuidador	0	0	0	0	0.0	

Fonte: Ministério da Saúde - SINAN/VIVA/SVS/SUS.

4.5 Preditores dos feminicídios segundo dados de óbitos por violência provocada

O objetivo da análise que segue é estimar a incidência e fatores associados com os feminicídios domésticos, óbitos femininos por violência – residência/domicílio e/ou relação familiar, e/ou relação conjugal – e de feminicídios sexuais – violência sexual – Brasil, no período de 2009 a 2014. Estudo do universo de 2.704 casos de óbitos femininos por violência da base do SINAN.

Utilizou-se um modelo de regressão logística binária, método “Enter”, variáveis dependentes categóricas com referência a primeira categoria, para analisar a incidência dos feminicídios domésticos e feminicídios sexuais, segundo covariáveis dos estudos dos feminicídios. Intervalo de Confiança 95%.

- Modelo 1. Feminicídios domésticos = óbito por violência em local residência e/ou relação familiar e/ou relação conjugal (1) – variável dependente;
- Modelo 2. Feminicídios sexuais = óbito por violência sexual (1) – variável dependente;
- Covariáveis: município de fronteira (1), capital (1), idade fértil - 15 a 49 anos (1), raça/cor negra ou indígena (1), escolaridade fundamental (1), alguma vez unida (1), gestante (1), autoria do sexo masculino (1), autor alcoolizado (1), reincidência (1).

Foram conduzidas duas regressões logísticas binárias, na primeira foi estimada a razão de chance (odds) que o óbito seja decorrência de feminicídios doméstico, segundo covariantes selecionados através do conhecimento sobre a literatura dos feminicídios e disponibilidade das informações acessadas. A segunda regressão estimou a razão de chance (odds) que o óbito seja decorrência de feminicídios sexuais segundo covariantes, no total de 2.704 óbitos femininos por violência documentados pelo SINAN. Na condução das regressões foram entradas todas as características demográficas, demográficas e contextuais consideradas como preditoras dos feminicídios.

Os resultados dos modelos ajustados com todas as covariáveis revelam que as chances da causa ser feminicídio aumenta em praticamente 5 vezes se a violência for

reincidente no caso dos feminicídios domésticos, aumenta em mais de 4 vezes se o agressor for do sexo masculino aumenta também em 2 vezes quando a situação conjugal é alguma vez unida (união estável ou casamento, separada ou viúva). Também foram significantes a ocorrência em município de fronteira que teve seus odds aumentados em 1 vez e meia. Por outro lado, caso a morte registrada no SINAN seja de residentes em Capitais ou de mulheres em idade fértil, as chances de estas terem sido devido a feminicídios domésticos são menores.

A regressão logística considerando as chances dos óbitos terem sido devido a feminicídios sexuais sobre a influência dos mesmos covariantes obteve resultados diferentes. A característica que mais aumentou a chance do óbito ser devido à violência sexual foi a autoria ter sido masculina, quase três vezes maior. Aumentam também a chance de ter sido vítima de feminicídios sexuais quando o autor estava alcoolizado, e a mulher ter registro com raça/cor negra ou indígena.

Tabela 42 Razão de Chances (ODD ratio) e 95% de intervalo de confinaça para regressão logística preditora dos feminicídios domésticos e feminicídios sexuais, Brasil, 2009 a 2014, Base SINAN.

Covariáveis	Feminicídios domésticos (óbito por violência em local residência e/ou relação familiar e/ou relação conjugal=1)			Feminicídios sexuais (óbito por violência com violência sexual=1)		
	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)		Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
		Lower	Upper		Lower	Upper
Município de fronteira (1)	1.631	1.147	2.318	1.054	0.600	1.852
Capital (1)	0.756	0.606	0.944	1.040	0.682	1.585
Idade fértil - 15 a 49 anos (1)	0.350	0.284	0.431	0.294	0.209	0.414
Raça/cor negra ou indígena (1)	1.184	0.987	1.420	1.413	1.008	1.981
Escolaridade Ensino fundamental (1)	0.909	0.740	1.117	1.169	0.811	1.684
Alguma vez unida (1)	2.296	1.883	2.799	0.473	0.323	0.695
Gestante (1)	1.011	0.642	1.590	0.808	0.284	2.299
Autoria do sexo masculino (1)	4.204	3.464	5.101	2.897	1.942	4.320
Alcool (1)	1.127	0.859	1.480	1.614	1.081	2.409
Reincidência (1).	4.957	3.304	7.439	1.331	0.838	2.115
Constant	1.021			0.058		

Fonte: Ministério da Saúde - SINAN/VIVA/SVS/SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na tese se demonstrou e debateu a importância do estudo da morbidade e mortalidade feminina por feminicídios, mortes femininas causadas pela violência de gênero contra mulheres, seja ela direta, fruto das violências sexuais e domésticas, seja ela indireta, fruto das violências reprodutivas, propondo a tipificação em feminicídios reprodutivos, feminicídios domésticos e feminicídios sexuais para o objetivo de analisá-los empiricamente.

Existem ainda outras formas de violência contra a mulher, mas estes tipos mais simplificados ajudam a entender a dinâmica destas violências e sua manifestação na sociedade. Este entendimento vem da possibilidade de endereçar a violência como princípio da dominação, como forma de exploração das mulheres nos aspectos de sua força de trabalho no âmbito da vida reprodutiva, doméstica e sexual. Esta separação das mortes femininas em feminicídio reprodutivo, doméstico e sexual toma como referência a união dos diversos achados do conceito de feminicídios, especialmente Manjoo, Lagarde e Segato, e da descrição na justiça criminal brasileira, ao conceito de amalgama conjugal de Paola Tabet (2005), que prevê que a dominação feminina é constituída pela exploração dos trabalhos sexuais, reprodutivos (procriativos), domésticos e emocionais.

Foi possível pensar em como adotar os entendimentos dos feminicídios para efetivar as análises empíricas da mortalidade feminina por gênero. Embora os feminicídios já se constituam categoria jurídica, ainda não faz parte da categorização médica em documentos de saúde como as Declarações de Óbito, que são a principal fonte de informação para as análises da mortalidade. Sabendo que é possível delimitar informações que correspondem a violações dos direitos das mulheres, como a violência sexual, a violência doméstica (de tipo conjugal, familiar ou no domicílio), a violência reprodutiva (mortes por aborto).

Empiricamente e a fins de simplificar a ocorrência de feminicídios e proceder análises demográficas considerou-se feminicídios reprodutivos as mortes por aborto, os feminicídios domésticos as mortes por agressão ocorridas na residência/domicílio e/ou

contexto familiar e conjugal quando apresentados, como feminicídios sexuais são consideradas as mortes por agressão por meio sexual.

Fazer esse exercício significa reconhecer as limitações das informações de bases de dados secundárias, que não foram elaboradas para capturar feminicídios, por exemplo, a possibilidade de simplificar sua compreensão para que pudesse ser aplicada com o objetivo mais de elucidar e testar achados do conceito de feminicídio que para estimar o número absoluto de casos no momento atual do Brasil. Se demonstrou através do estudo do diferencial de sexo nas mortes proporcionais de diversas naturezas, que há questões que afetam de forma diferente a mortalidade feminina e masculina, especialmente as mortes maternas e de causas externas, sobretudo no grupo de idade de 15 a 49 anos.

Os procedimentos com dados de saúde foram muito proveitosos, pois sua tipificação permite que uma morte por violência seja registrada por suas características clínicas, sem a necessidade de tipificação de natureza criminal. É de extrema importância produzir estatísticas que respondam as questões específicas das violações contra mulheres, pois é possível traçar políticas públicas e corrigir serviços de atenção à mulher vítima de violência que pode diminuir o número de vitimização por esta causa.

A proposta de interpretar feminicídios com dados da saúde e análise da Demografia se demonstrou proveitosa, mas localizam-se determinadas faltas na qualidade dos documentos em informar sobre morte de mulheres e violência. Como o fato da categoria sexo ser binária e biológica, representando um empecilho para buscar informações sobre mulheres transgêneras. Na tese usamos três bases da saúde: as Declarações de Óbito, do SIM, as Atas de internações hospitalares, do SIH, e as Fichas de notificação compulsória da violência doméstica e sexual e outras violências, do SINAN, todas geridas pelo Ministério da Saúde do Brasil. Foi localizada incompatibilidade entre as bases ao contrastar as mortes hospitalares por agressão física e meio sexual nas três fontes por sexo e grupos de idade estudados na tese. O SINAN registrou o maior volume.

Na tese explica-se que a maneira convencional de analisar as mortes por violências quando valoriza a diferença numérica (volumétrica) entre os sexos acaba por apagar a possibilidade de entender o fenômeno para as mulheres, visto que ao equiparar escalas a relevância deste tipo de morte na mortalidade feminina está no ranking das 5

causas que mais afetam a mortalidade feminina como foi exposto no capítulo 3. Desta forma, ao estudar mortalidade por sexo e gênero é fundamental entender a relevância de cada mortalidade dentro do total da própria mortalidade feminina e, após isso, comparar a masculina, para buscar a diferença de sexo com olhar para as desigualdades de gênero. Pensando formas de reinterpretar volumes que *a priori* pareçam insignificantes, optando por olhar às especificidades e maneiras alternativas de compreender os fenômenos.

Ficou nítida que uma base de informação com olhar voltadas as violências contra a mulher captura melhor a violência sexual e doméstica, assim foram os achados do SINAN, que ao final ofereceu grande possibilidade de analisar estatisticamente o fenômeno do feminicídio doméstico e sexual. Ficou nítida a diferença entre estes dois tipos de violência, embora elas possam se sobrepor, as violências domésticas obedecem a padrão de vitimização diferente do das vítimas de feminicídios sexuais, até mesmo geográfico.

As crianças e adolescentes de 0 a 14 anos demonstram serem afetadas em maior número pelo feminicídio sexual diante das jovens e adultas de 15 a 49 anos, que são as maiores vítimas dos feminicídios domésticos. A fronteira e a capital se demonstraram fatores geográficos expressivos para responder casos de feminicídios sexuais e domésticos.

A raça/cor foi uma característica de suma importância para a análise das mortes por feminicídios, embora pouco exploradas no interior da tese que se dedicou mais a achar a justificativa, a base e o método. Ser da raça cor preta parda ou indígena no Brasil, que passou e passa por longos períodos de exploração e de extermínio destes grupos populacionais, foi representativo para ser vítima de feminicídios como apresentado no exercício de regressão logística, embora exista uma deficiência do SINAN em capturar dados de caracterização devido a sua atual implementação. O feminicídio sexual teve a maior relação com a raça cor preta, parda ou indígena.

A tese supõe que os grupos de idade definidos pelos seguintes seguimentos de 0 a 14 anos: crianças e adolescentes; de 15 a 49 anos: adulto, período reprodutivo; e, de 50 anos e mais: pós-reprodutivo, adultas fora do período considerado reprodutivo e mulheres idosas, foram úteis para analisar a mortalidade feminina de uma forma sensível ao gênero, pelo que representam estes grupos de idade no ciclo de vida das

mulheres. Os feminicídios se comportaram de maneira diferente em cada grupo, como explorado nos capítulos 3 e 4.

Recomenda-se aprimorar coleta de dados do SINAN, especialmente no que tange a quesitos raça/cor e tipo de relação com autor, e também que se amplie a cobertura do registro no território nacional. Recomenda-se que estes três sistemas de saúde sejam integrados especialmente no que tange aos dados de mortalidade, visto que coletam este dado. Atenção especial aos casos recorrentes de agressão que como demonstrado no capítulo 4, aumenta a chance de morte, e ampliação do entendimento de tráfico de seres humanos e de autoria com mais de um envolvido para entender os casos de violência sexual com autoria familiar.

Na tese buscou-se demonstrar que mesmo com a falta de informações específicas sobre os feminicídios, podem ser gerados diagnósticos através de dados da saúde se em referencia aos estudos vindos, sobretudo, da crítica feminista. Os estudos das especificidades da mortalidade feminina completa o entendimento sobre a mortalidade geral.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

AIDAR, T. A face perversa da cidade: configuração sócio-espacial das mortes violentas em Campinas nos anos 90. Textos NEPO 44, Campinas, NEPO/UNICAMP, 2003.

ALMEIDA, Sueli. Femicídio: algemas (in) visíveis do público privado. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

ALMEIDA, Suely Souza de. Violência de gênero: público x privado. São Paulo, 1996. 355 p. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

ARANDT, Hannah. Da Violência. Ed. Universidade de Brasília, 1985.

BARBOSA, Maria Inês da Silva. Racismo e saúde. São Paulo; s.n; 1998. 134 p. ilus, tab. (Tese apresentada a Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Saúde Materno-Infantil para obtenção do grau de Doutor.).

BATISTA, L. E. et al. Mortalidade da população negra adulta no Brasil. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade. Brasília, DF: Funasa, 2005. p. 237-314.

BERQUÓ, Elza. “O Brasil e as recomendações do plano de ação do Cairo”. In: BILAC, Elisabete Dória and BALTAR, Maria Isabel (org.). Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas. Editora 34: São Paulo. 1998.

BERQUÓ, E.; CUNHA, E. Morbimortalidade feminina no Brasil. São Paulo: Editora da UNICAMP, 2000.

BILAC, Elisabete Dória and BALTAR, Maria Isabel (org.). Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas. Editora 34: São Paulo. 1998.

BITTENCOURT, Sonia Azevedo *et al.* “O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva”. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(1):19-30, jan, 2006.

BLAY, Eva. Projeto de Lei sobre o Aborto. Estudos Feministas, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 430, jan. 1993. ISSN 1806-9584.

BLAY, E. Assassinato de mulheres e direitos humanos. São Paulo: Editora 34, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação – 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção E Tratamento Dos Agravos Resultantes Da Violência Sexual Contra Mulheres E Adolescentes: Norma Técnica. 3ª edição atualizada e ampliada. Editora MS, Brasília: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa CGDANT/DANTPS/SVS/MS. Notificação de Violência Interpessoal/ Autoprovocada – Portaria GM/MS nº 1271/2014 e SINAN versão 5.0. Brasília, 2014.
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/nota-informativa_portaria_1271-14_e_sinan_5_0_-cgdant_-_04_11_14_1437066631.pdf

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008. 236 p.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília: 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Norma Técnica de Padronização Das Delegacias Especializadas De Atendimento Às Mulheres – Deams Edição Atualizada – 2010. SPM, Brasília: 2010.
<<http://www.spm.gov.br/lei-maria-da-penha/lei-maria-da-penha/norma-tecnica-de-padronizacao-das-deams-.pdf>>

CAPUTI, Jane and RUSSELL, Diana. “Femicide: Sexism against women”. In. RADFORD, Jill and RUSSELL, Diana E. H. Femicide: The Politics of Woman Killing. Great Britain, Open University Press: 1992 (p. 13-24).

CARCEDO, Ana. “CONCEPTOS, CONTEXTOS Y ESCENARIOS DEL FEMICIDIO EN CENTRO AMERICA”. In: CARCEDO, Ana (Cord). No olvidamos ni aceptamos: Femicidio en Centroamérica 2000 – 2006 / CEFEMINA. – 1 ed. – San José, C.R. : Asociación Centro Feminista de Información y Acción, 2010: 1-32.

CARVALHO, Déa. “Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH-SUS. In Brasil. Ministério da Saúde”. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

CECATTI, José Guilherme; ALBUQUERQUE, Rivaldo Mendes de; HARDY, Ellen and FAUNDES, Aníbal. Mortalidade materna em Recife: causas de óbitos maternos. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]. 1998, vol.20, n.1, pp. 7-11. ISSN 1806-9339.

CEPAL DE LAS MUJERES. *CONSENSO DE BRASILIA*. XI Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, Brasília, 2010.

CORRÊA, Sonia; ALVES, José Eustáquio Diniz e JANUZZI, Paulo. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, Suzana (Org.) **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006. 282p. ; cm.

CORRÊA, Sônia e ALVES, José Eustáquio Diniz. Demografia e ideologia: trajetórias históricas e os desafios do Cairo +10. *R. bras. Est. Pop.*, Campinas, v. 20, n. 2, p. 129-156, jul./dez. 2003.

DEBERT, Guita Grin e GREGORI, Maria Filomena. “VIOLÊNCIA E GÊNERO: Novas propostas, velhos dilemas”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Vol. 23 nº. 66 fevereiro/2008.

DINIZ, D. ; GUMIERI, S. ; COSTA, B. . Nomear feminicídio: conhecer, simbolizar e punir. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, v. 23, p. 225-239, 2015.

DURAND, J.G. & SCHRAIBER, L.B. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Rev. bras. epidemiol.* vol.10 no.3 São Paulo Sept. 2007.

ECHARRI, Carlos. Violencia feminicida en México. Características, tendencias y nuevas expresiones en las entidades federativas, 1985-2010. Primera edición, 2012.

FALQUET, Jules. “La violencia doméstica como forma de tortura: reflexiones basadas en la violencia como sistema en El Salvador”. REVISTA DEL CESLA No 3, 2002.

FALQUET, Jules. De Gré ou De force: Les Femmes dans la Mondialisation. Paris: La Dispute, 2008.

FALQUET, Jules. “De los asesinatos de Ciudad Juárez al fenómeno de los feminicidios: ¿nuevas formas de violencia contra las mujeres?” 2014.

FEGHALI, Jandira. “Aborto no Brasil: obstáculos para o avanço da legislação”. In: Cavalcante, Alcilene; Xavier, Dulce. Em defesa da vida: aborto e direitos humanos. São Paulo: Católicas pelo Direitos de Decidir, 2006.

FERNANDES, Maria da Penha Maia; MOTA, Maria D. de Brito. Feminicídio ao vivo: o que nos clama Eloá. Site Adital, 20/10/2008. <http://www.adital.com.br/?n=bcz9FOUCAULT>, Michel. “V- Direito de morte e poder sobre a vida”. In: *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro, Edições Graal, 2005. 16ª edição. (p. 125- 152).

GARCIA, Leila Posenato; FREITAS, Lúcia Rolim Santana de; SILVA, Gabriela Drummond Marques da; HÖFELMANN, Doroteia Aparecida. “Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil”. Texto para Discussão – TD. Ipea, 2013.

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.

GARCIA, L. P. e SILVA, G. D. M. da. 2016. Mortalidade de mulheres por agressões no brasil: perfil e estimativas corrigidas (2011-2013). Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, ISSN 1415-4765.

GARTNER, Rosemary; MCCARTHY, Bill. “The Social Distribution of Femicide in Urban Canada, 1921-1988”. In: *Law & Society Review*, Vol. 25, No. 2, Special Issue on Gender and Sociolegal Studies. (1991). pp. 287-312.

GOLDANI, Ana Maria. "Demografia e Feminismos: os desafios da incorporação de uma perspectiva de gênero". In. AGUIAR, Neuma. Gênero e Ciências Humanas: desafio às ciências desde a perspectiva das mulheres. Rio de Janeiro: Record Rosa dos Tempos. 1997 (67- 84).

GOLLOP, Thomaz Rafael. "Abortamento por anomalia fetal". In: Cavalcante, Alcilene; Xavier, Dulce. Em defesa da vida: aborto e direitos humanos. São Paulo: Católicas pelo Direitos de Decidir, 2006.

GONZALEZ, Lélia. A categoria político-cultural de amefricanidade. In: Tempo Brasileiro. Rio de Janeiro, Nº. 92/93 (jan./jun.). 1988b, p. 69-82.

GUILLAUMIN, Colette. Sexe, Race et Pratique du pouvoir. L'idée de Nature, Paris, Côté-femmes, 1992, 239 p.

HEISE, Lori, MOORE, Kirsten and TOUBIA, Nahid. SEXUAL COERCION AND REPRODUCTIVE HEALTH: A FOCUS ON RESEARCH. New York: Population Council. 1995.

HESTER, Marriane. "The witch-craze in sixteenth- century England as social control of women". In: RADFORD, Jill and RUSSELL, Diana E. H. Femicide: The Politics of Woman Killing. Great Britain, Open University Press: 1992.

HIRATA, Helena *et al.* (coor). Dictionnaire critique du féminisme. Paris, puf, 2000, pp. 187-191.

KALCKMANN S, SANTOS CG dos, BATISTA LE, CRUZ VM. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? Saúde e sociedade 2007; 16 (2): 146-55.

KARMEN, Andrew. Crime Victims: an introduction to victimology. 5th edition. Thompson learning, USA: 2004.

KELLY, Liz. "The global context: Wars against women: sexual violence, sexual politics and the militarised state", in Jacobs, Susie; Jacobson, Ruth; Marchbank, Jennifer, States of conflict: gender, violence, and resistance, London New York: Zed Books, (2000), pp. 45-65.

KELLY, Liz. Surviving Sexual Violence, Cambridge: Polity Press, 1988.

LA BOTZ, Dan. Mexican Labor News and Analysis March 2nd, 1999. “MÉXICO: Girl's Murder Sad Symbol of Corporate Power, Child Labor, Female Exploitation on the Border” <http://corpwatch.org/article.php?id=798>.

LAGARDE, Marcela. “Antropología, feminismo y política: Violencia feminicida y derechos humanos de las mujeres”. In BULLEN, Margaret y DÍEZ, Carmen (coords.) RETOS TEÓRICOS Y NUEVAS PRÁCTICAS. Serie, XI Congreso de Antropología de la FAAEE, Donostia, Ankulegi Antropologia Elkartea, [2008].

LAGARDE, Marcela, 2006. « Presentación », dans La Violencia feminicida en 10 entidades de la Republicana mexicana, Congrès de l'Unión, Camara de diputados, México DF.

LAURENTI, R. 1998. Mortalidade Materna no Brasil: Faltam Dados e uma Assistência Digna. *Jornal da Rede Saúde*, 15: 3-4; maio de 1998.

LAURENTI, Ruy. Morbidade Materna Em Adolescentes (Gravidez de Adolescentes). Relatório apresentado a Organização Panamericana de Saúde Carta - Acordo BR/LOA/0800042.001. São Paulo - 2009.

LAURENTI, R. ; MELLO JORGE, Maria Helena Prado de ; GOTLIEB, S. L. D. . Estatísticas de mortalidade e seus usos - DOI: 10.3395/reciis.v7i2.753pt. RECIIS. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde* (Edição em Português. Online), v. 7, p. 753, 2013.

LAURENTI R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(1):35-46.

LEOPOLDI, Deise. Do silêncio ao grito contra a impunidade: O caso Márcia Leopoldi. São Paulo: União das Mulheres de São Paulo, 2007.

MANETTA, Alex. Homicídio juvenil masculino em Brasília (DF), Entorno de Brasília (GO) e Parecis/Alto Teles Pires (MT): as múltiplas escalas da violência (1991/2010). Campinas, SP: 2013.

MANJOO, Rashida. Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences. United Nations A/HRC/20/16. 23 23 May 2012.

MATHIEU, Nicole- CLAUDE. “Identité sexuelle/sexuée/de sexe? Trois modes de conceptualisation Du rapport entre sexo ET genre”. In *L’anatomie politique*. Editions ixé, 2013.

MELLO JORGE, Maria Helena Prado de ; LAURENTI, R. ; GOTLIEB, S. L. D. . Avaliação dos sistemas de informação em saúde no Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva (UFRJ)*, v. 18, p. 07-18, 2010.

MELLO JORGE, Maria Helena Prado de ; LAURENTI, R. ; NUBILA, H. B. V. . O óbito e sua investigação. Reflexões sobre alguns aspectos relevantes. *Revista Brasileira de Epidemiologia (Impresso)*, v. 13, p. 561-576, 2010.

MELLO JORGE, Maria Helena Prado de, Koizumi MS, Tono VL. Causas externas: o que são, como afetam o setor saúde, sua medida e alguns subsídios para a sua prevenção. *Cad Saúde Pública* 2007 ; 1(1): 37-47

MERLINO, Tatiana; OJEDA, Igor (orgs.). *Direito à memória e à verdade: Luta, substantivo feminino*. São Paulo: Editora Caros Amigos, 2010.

ONU. ONU Mulheres Brasil. *Diretrizes Nacionais para Investigar, Processar e Julgar com perspectiva de Gênero as Mortes Violentas de Mulheres – Femicídios*. Brasília: ONU Mulheres, 2016.

OLIVEIRA, Luiz Antonio Pinto de & SIMÕES, Celso Cardoso da Silva. “O IBGE e as pesquisas populacionais”. In. *R. bras. Est. Pop. (REBEP)*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 291-302, jul./dez. 2005.

PASINATO, Wânia. “‘femicídios’ e as mortes de mulheres no Brasil”. In. *Cadernos Pagu* (37), julho - dezembro. 2001:219-246.

PASINATO, Wânia. *Justiça e violência contra a mulher. O papel do Sistema Judiciário na solução dos conflitos de gênero*. Dissertação de mestrado. São Paulo: FFLCH/USP, 1997.

PATARRA, N. L. . *O Estudo sobre Reprodução Humana no Distrito de São Paulo: um enfoque sociológico*. Cepid, Universidade São Paulo, 1976.

PEREIRA, Anaíza, e ALVES, L. C.. Condição de vida e saúde dos idosos: uma revisão bibliográfica. IN: Textos NEPO 75, 2016.

http://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/textos_nepo/textos_nepo_75.pdf

PERLO-FREEMAN and all. TRENDS IN INTERNATIONAL ARMS TRANSFERS, 2014. SIPRI Fact Sheet, march 2015.

PRADO, Débora and SANEMATSU, Marisa. (ORG). Femicídio: #InvisibilidadeMata. São Paulo: Instituto Patrícia Galvão, 2017.

PRADO, Regina. O conceito de família e domicílio. Revista Brasileira de estatística. Rio de Janeiro. 43 (170) 275-299, abr- jun. 1982.

PRESSER, Harriet. “Demography, Feminism, and the Science-Policy Nexus”. POPULATION AND DEVELOPMENT REVIEW 23(2):295 · MAY 1997.

RADFORD, Jill and RUSSELL, Diana E. H. Femicide: The Politics of Woman Killing. Great Britain, Open University Press: 1992.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. Dossiê Aborto: mortes preveníveis e evitáveis - dossiê. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2005.

RIPSA - Rede Interagencial de Informação Para A Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª edição – 2008. Acesso em 2016 :<http://www.ripsa.org.br/2014/10/30/indicadores-basicos-para-a-saude-no-brasil-conceitos-e-aplicacoes-livro-2a-edicao-2008-2/>

RODRIGUES, Juan Carlos Ramírez and BECERRA, Patricia Noemi Vargas. “Uma espada de doble filo: La salud reproductiva y La violencia contra la mujer. IN: BILAC, Elisabete Dória and BALTAR, Maria Isabel (org.). Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas. Editora 34: São Paulo. 1998. P. 237-260.

ROMIO, Jackeline Ap. F. Mortes femininas violentas segundo raça/cor. Campinas, 2009. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas.

_____. Femicídio na Cidade. - Revista Latino-Americana de Geografia e Gênero, 2011 v. 2. i2. 015025.

_____. A vitimização de mulheres por agressão física, segundo raça/cor no Brasil. In. MARCONDES, Mariana Mazzini; PINHEIRO, Luana; QUEIROZ, Cristina; QUERINO, Ana Carolina; VALVERDE, Danielle (Orgs.). Dossiê Mulheres Negras retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil. IPEA, Brasília, 2013.

_____. Femicidios y relaciones raciales en Brasil- VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población - ALAP, 2014.

ROMIO, Jackeline e LOPEZ, Rosário. “La victimización de mujeres por agresión física en Brasil y México: Una comparación entre encuestas nacionales”. V Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Montevideo, Uruguay, 2012.

ROMIO, Jackeline e GONZALEZ, Carolina Alondra Guidotti. “A Vitimização de Mulheres Idosas por Agressão Física no Brasil”. Fazendo Gênero 10, Florianópolis, Brasil, 2013.

RUSSELL, Diana and DE VEN, Nicole Van (ed.). Crimes Against Women: Proceedings of the International Tribunal. 3rd ed. RUSSELL PUBLICATIONS: California, 1990.

RUSSELL, Diana. Fala sobre as origens dos feminicídios, dezembro de 2011. http://www.dianarussell.com/origin_of_femicide.html

SAFFIOTI, H. I. B. “Já se mete a colher em briga de marido e mulher”. Perspectiva, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 82-91, 1999.

SAGOT, Montserrat e CARCEDO, Ana. Cuando la violencia contra las mujeres mata: femicídio en Costa Rica, 1990-1999. In: CORRÊA, Mariza e SOUZA, Érica Renata de. (orgs.) Vida em Família: uma perspectiva comparativa sobre “crimes de honra”. Campinas, Núcleo de Estudos de Gênero-Pagu/UNICAMP, 2006, pp.405-438
SCHRAIBER *et al.* Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. Rev. Saúde Pública 2007;41(5):797-807.

SAGOT, Montserrat and CARCEDO, Ana. FEMICIDIO EN COSTA RICA 1990-1999. San José, Instituto Nacional de las Mujeres. 2002.

SALA, Arnaldo; MENDE, José Dínio Vaz. Perfil da mortalidade masculina no Estado de São Paulo. BEPA, Bol. epidemiol. paul. (Online), São Paulo, v. 7, n. 82, Oct. 2010.

SCHRAIBER, L.; D'OLIVEIRA, A.P.L. Violência contra as mulheres: interfaces com a saúde. Interface - Comunicação, saúde e educação. Botucatu, UNI/UNESP, 3 (5):11-27,1999.

SANTOS, Boaventura de Souza. PELA MÃO DE ALICE: O social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez, 4. ed., 1997, 348p.

SANTOS, Boaventura de Souza. Um discurso sobre as Ciências na transição para uma ciência pós-moderna. 1987.

SEGATO, Rita Laura. Que és un feminicídio. Notas para un debate emergente. Brasília: UnB, 2006.

SEGATO, Rita Laura. Femi-geno-cídio como crimen en el fuero internacional de los derechos humanos: el derecho a nombrar el sufrimiento en el derecho. In: FREGOSO, Rosa-Linda; BEJARANO, Cynthia (Eds.). Femicidio en América Latina. Mexico, DF: Centro de Investigaciones de Ciencias Sociales y Humanidades; Universidad Nacional Autónoma de México, 2011-b.

SOARES, Gláucio Ary Dillon et all. As Vítimas Ocultas da Violência na Cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

SOUZA, Wayner Vieira de; DOMINGUES, Carla Magda Allan Santos. “Notificação Compulsória de Doenças e Agravos no Brasil: Um Breve Histórico sobre a Criação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan”. In. Brasil. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

CAVENAGHI, Suzana. Female Sterilization and Racial Issues in Brazil. 1997. Masters Thesis presented to Sociology Department of the University of Texas at Austin.

TABET, Paola. “Las manos, los instrumentos y las armas”. In: Brecha Lésbica. EL PATRIARCADO AL DESNUDO. Tres feministas materialistas: Colette Guillaumin - Paola Tabet - Nicole Claude Mathieu. 2005: 57- 129.

TABET, Paola. La Construction sociale de l’inégalité des sexes. Des outils et des corps. Paris-Montréal, L’Harmattan, 1998.

TREVIRANUS, Jutta. “The Value of the Statistically Insignificant”. In: Educause Review JANUARY/FEBRUARY, 2014: 46-47.

VEGA, Carlos Eduardo Pereira. “GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: ASPECTOS CLÍNICO-OBSTÉTRICOS E SOCIAIS”. In: LAURENTI, Ruy. Morbidade Materna Em Adolescentes (Gravidez de Adolescentes). Relatório apresentado a Organização Panamericana de Saúde Carta - Acordo BR/LOA/0800042.001. São Paulo – 2009.

VENTURA, Miriam (org.). Direitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos. Rio de Janeiro: ADVOCACI, 2003.

VENTURA, Miriam. Direitos Reprodutivos no Brasil.3ª edição. Brasília, 2009.

VENTURA, Miriam. “Descriminalização do aborto: um imperativo constitucional”. In: Cavalcante, Alcilene; Xavier, Dulce. Em defesa da vida: aborto e direitos humanos. São Paulo: Católicas pelo Direitos de Decidir, 2006.

VIANNA, Cynthia Semíramis Machado. “O caso Eloá: análise da abordagem de feminicídio na mídia”. Trabalho apresentado no Fazendo Gênero 9, UFSC: Santa Catarina, Setembro de 2010.

WASELFISZ, J. Mapa da violência 2012: suplemento mulheres. Instituto Sangari; Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2012.

WASELFISZ, J. Mapa da Violência 2012: A Cor dos Homicídios no Brasil. Rio de Janeiro: CEBELA, FLACSO; Brasília: SEPP/PR, 2012.

WASELFISZ, J. Mapa da violência 2013: Homicídios e Juventude no Brasil. Flasco/Cebela:RJ, 2013.

WASELFISZ, J. Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil. Rio de Janeiro: ONU, OPAS, FLACSO; Brasília: SPM/PR, 2015.

www.datasus.gov.br